Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec

Document adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec à son assemblée publique du 28 avril 2004

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec
Mauricie et Centre-du-Québec

Conception
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination et rédaction
Jean-Denis Allaire

Secrétariat
Élaine Savard

Lecture et corrections
Diane Chiasson

Graphisme
Vakarme, studio de communication graphique

L'Agence remercie son personnel ainsi que toutes les personnes qui,
dans la région, ont contribué directement ou indirectement à la réalisation du
Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Dépôt légal - 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-102-3

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul
but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est
autorisée, à condition que la source soit mentionnée

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec 03 04 05 06
Mauricie et Centre-du-Québec

EXTRAIT DE COMPTE-RENDU

4e assemblée du conseil d'administration
Date : 28 avril 2004
Article : CAAD-04-05.03
Résolution : CAAD-04-16

RÉSOLUTION relative à la proposition du modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT l'article 25 de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de Loi 25) qui prévoit que l'Agence doit définir et proposer au ministre un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services ;

CONSIDÉRANT le contenu du rapport de la consultation tenue sur le document *Proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec ;*

CONSIDÉRANT les échanges tenus sur les ajustements envisagés à la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services soumise lors des assemblées plénières des 14 et 28 avril 2004 ;

CONSIDÉRANT les avis reçus de la part :
- du Département régional de médecine générale ;
- du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;
- de la Commission médicale régionale ;
- du Forum de la population ;
- de la Commission multidisciplinaire régionale ;
- de la Commission infirmière régionale ;

CONSIDÉRANT les échanges tenus lors de la présente assemblée publique ;

Il EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :
1. D'adopter la proposition du modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec déposé à la présente rencontre.
2. D'acheminer la proposition du modèle d'organisation pour la Mauricie et le Centre-du-Québec au ministre.
3. De mandater la présidente-directrice générale à procéder à la diffusion de la proposition du modèle d'organisation dans la région.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 29 avril 2004

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

Avant-propos

L'accès à des services continus et de qualité, quel que soit le territoire de résidence, est l'attente principale de la population à l'endroit de son système de santé et de services sociaux. Les modes de gestion et les pratiques doivent donc évoluer dans cette direction. Le but recherché est de rapprocher les services des citoyens et de donner à ces derniers l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leur situation, aussi bien en leur offrant le traitement et le soutien dont ils ont besoin qu'en développant des conditions qui sont favorables à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

Voici les préoccupations à la base de la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25), qui a été sanctionnée le 18 décembre 2003. Cette loi marque le début d'une importante période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux au Québec. Cette transition est orientée vers un objectif très clair, celui de mieux intégrer les services.

L'intégration des services, soutenue par un mode de gestion adéquat, permettra d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes, et ce, en diminuant les barrières entre les établissements et entre les professionnels. Ces services intégrés doivent donc reposer d'une part sur l'engagement et la responsabilisation des cliniciens et des gestionnaires à l'égard de la population et, d'autre part, sur la définition de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi.

Au cours des prochains mois et des prochaines années, plusieurs travaux contribueront à mettre en place des conditions favorables à cette intégration des services. D'abord, s'amorce dès 2004 l'implantation à travers le Québec des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, selon un modèle d'organisation propre à chacune des régions et approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux et le gouvernement. D'ailleurs, le présent document expose le modèle d'organisation que l'Agence de santé et de services sociaux propose pour le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Par ailleurs, des changements ont commencé à être introduits et d'autres suivront quant au mode d'allocation des ressources financières aux établissements de même qu'en ce qui concerne le nombre d'unités de négociation et les modalités de négociation des conventions collectives dans les établissements, les modes de rémunération des médecins, l'organisation et le développement de la médecine universitaire et le développement technologique.

De plus, ce projet d'intégration des services s'amorce alors que s'implante une nouvelle dynamique de gestion au sein du système de la santé et des services sociaux. La gestion, davantage axée sur les résultats, est désormais orientée en fonction de cibles précises découlant de priorités ministérielles, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population de même que l'efficacité des services. Ainsi, les modes d'allocation des ressources financières, la définition des programmes-services, les exigences d'imputabilité et les processus de reddition de comptes sont présentement révisés avec cette préoccupation à l'esprit.

À la lumière de ce qui précède, on comprend mieux l'importance de l'étape que constitue l'adoption, par l'Agence, d'une proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES 11

INTRODUCTION 13

1. Portrait de la région 15
1.1 Le territoire et la population de la région 15
1.2 Le réseau de la région 16
1.3 Les ressources financières et humaines du réseau de la région 17
1.4 Les habitudes de consommation des services hospitaliers 19
1.5 Le bilan des dernières années et les enjeux en matière d'organisation des services 21

2. Assises du modèle d'organisation proposé 25
2.1 Les orientations gouvernementales et ministérielles à l'égard des réseaux locaux de services 25
2.1.1 Le réseau local de services 25
2.1.2 Les objectifs poursuivis 26
2.2 Les choix faits depuis 1996 27
2.3 Les objectifs additionnels convenus en région 28

3. Territoires et instances du réseau local de services 31
3.1 Les paramètres 31
3.2 La proposition prévoyant le découpage des territoires de réseau local et la constitution des instances locales correspondantes 33
3.2.1 Le CHRTR à l'extérieur de l'instance locale 33
3.2.2 Le réseau local de Drummond 35
3.2.3 Le réseau local d'Arthabaska et de l'Érable 36
3.2.4 Le réseau local de Bécancour et Nicolet-Yamaska 37
3.2.5 Le réseau local de Maskinongé 39
3.2.6 Le réseau local de Trois-Rivières 41
3.2.7 Le réseau local de la Vallée-de-la-Batiscan 42
3.2.8 Le réseau local du Centre-de-la-Mauricie 44
3.2.9 Le réseau local du Haut Saint-Maurice 45

4. Balises et attentes à l'endroit des réseaux locaux de services et des instances locales **49**
4.1 Indications préalables 49
4.1.1 L'Agence de santé et de services sociaux 49
4.1.2 Des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) 51
4.1.3 Des corridors de formation 53
4.1.4 Des corridors de services 53
4.2 Les responsabilités dévolues aux instances locales 54
4.3 Les services offerts par les instances locales 55
4.3.1 Des services et des interventions de santé publique pour la population et pour les clientèles vulnérables 56
4.3.2 Des services généraux destinés à l'ensemble de la population 56
4.3.3 Des services spécifiques destinés aux clientèles particulières et leurs proches 57
4.3.4 Des services publics d'hébergement et de soins de longue durée 57
4.3.5 Des services hospitaliers généraux et spécialisés, dispensés par les instances locales d'Arthabaska et de l'Érable, du Centre-de-la-Mauricie et de Drummond 58
4.3.6 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés par l'instance locale du Haut Saint-Maurice 58
4.3.7 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés par les instances locales de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour et Nicolet-Yamaska 58
4.3.8 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés par l'instance locale de la Vallée-de-la-Batiscan 59
4.4 Balises relatives aux ententes et modalités d'organisation des services 59
4.4.1 L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets d'accès, soit l'instance locale et le cabinet de médecin 59
4.4.2 L'organisation des services médicaux généraux sur le territoire du réseau local de services 60
4.4.3 L'instauration d'ententes ou modalités pour favoriser la complémentarité des services avec les organismes communautaires 60
4.4.4 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les ressources intermédiaires et de type familial 60
4.4.5 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les pharmacies du territoire 61
4.4.6 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les entreprises d'économie sociale, volet aide domestique, et avec certaines ressources privées 61
4.4.7 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les établissements régionaux et suprarégionaux 61
4.5 La standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques 62
4.6 L'implication des différents groupes professionnels 62
4.7 La participation de la population 62

5. Balises à l'endroit des établissements à mission régionale **65**
5.1 Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'organisation des services hospitaliers spécialisés et surspécialisés 65
5.1.1 La mission régionale du CHRTR 65
5.1.2 La mission locale du CHRTR 66
5.2 Les autres établissements à mission régionale 67

5.2.1 Les responsabilités communes aux cinq établissements 67
5.2.2 Le programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie 68
5.2.3 Centre de réadaptation en déficience physique InterVal 68
5.2.4 Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec 69
5.2.5 Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec 70
5.2.6 Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec 71
5.3 La direction de santé publique de l'Agence 71

6. Indications relatives à la gestion des ressources, à la qualité des services et à la reddition de comptes 73
6.1 Les ressources humaines 73
6.2 Les ressources financières 75
6.3 Les ressources matérielles 76
6.4 Les technologies de l'information 77
6.5 L'amélioration continue de la qualité des services 78
6.6 L'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise 80
6.7 La reddition de comptes 81

CONCLUSION 83

ANNEXE 1 Présentation de concepts de référence 85
Programmes services
Niveaux d'accès aux services
Hiérarchisation des services

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Réseau des établissements de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2004 18

Tableau 2 Lieux de consommation des hospitalisations et des chirurgies d'un jour de niveaux 1 et 2, selon le district sociosanitaire (DSS) de résidence des usagers de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002-2003 20

Tableau 3 Évolution de l'enveloppe budgétaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec de 1995-1996 à 2003-2004, en incluant les ventes de services 21

Tableau 4 Profil de consommation de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans les régions universitaires du Québec pour des épisodes d'hospitalisation au cours de l'année 2002-2003 52

BIBLIOGRAPHIE 89

Liste des acronymes

CH	Centre hospitalier
CHCM	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSSM	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice
DRMG	Département régional de médecine générale
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine de famille
HDA	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
HSC	Hôpital Sainte-Croix
LPJ	Loi sur la Protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le Système de justice pénale pour les adolescents
MRC	Municipalité régionale de comté
PDI	Plan directeur immobilier
PIJ	Programme intégration jeunesse
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RIGIC	Réseau intégré de gestion de l'information clinique
RIS-PACS	Système d'information de radiologie
RLS	Réseaux locaux de services
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SGAS	Système de gestion des accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés
SICDI	Système d'information clientèle déficience intellectuelle
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TED	Trouble envahissant du développement
URFI	Unité régionale de réadaptation fonctionnelle intensive

Introduction

Le présent document expose le modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services que l'Agence de santé et de services sociaux propose au ministre de la Santé et Services sociaux pour le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le modèle proposé résulte des travaux conduits par l'Agence au cours des derniers mois et des consultations qu'elle a effectuées du 19 février au 24 mars 2004. *Le rapport de la consultation sur la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec,* déposé à l'assemblée publique du 28 avril 2004 du conseil d'administration de l'Agence, décrit les moyens que l'Agence a pris pour informer et mener une consultation sur sa proposition. Ce rapport dresse aussi le portrait du niveau de participation à la consultation et fait état, de façon synthétique, des commentaires et suggestions recueillies à cette occasion.

Comme le rapport l'indique, la proposition que l'Agence a mise en consultation suscite globalement un niveau élevé d'adhésion de la part de la grande majorité des acteurs concernés de la région, dont les établissements. D'ailleurs, dans tous les territoires où des fusions d'établissements sont envisagées, les conseils d'administration et les directions des établissements en cause sont déjà en mouvement pour amorcer cette opération. En outre, la consultation a permis d'améliorer le contenu de la proposition de modèle qui est soumise au ministre et qui est décrite dans les pages qui suivent.

Par ailleurs, entre le 25 mars et le 28 avril, les instances consultatives de l'Agence, dont le Forum de la population, le Département régional de médecine générale, les commissions infirmière, médicale et multidisciplinaire régionales et le Comité consultatif régional sur l'accès aux services en langue anglaise ont émis un avis sur la présente proposition.

Il revient maintenant au ministre d'accepter la proposition formulée par l'Agence et de la soumettre pour approbation, avec ou sans modification, au gouvernement. Cette approbation sera suivie, dans un premier temps, de la création par lettres patentes d'instances locales issues de la fusion de deux ou plusieurs établissements, lorsqu'applicable. Dans un second temps, les instances locales issues de ces fusions, tout comme celles issues de fusions plus anciennes, conduiront chacune une démarche pour qu'émerge dans leur territoire respectif un projet clinique et organisationnel servant d'assise au réseau local de services de santé et de services sociaux.

Contenu du document

Le document aborde successivement les sujets suivants :

1. Le portrait de la région, c'est-à-dire la présentation du territoire et de sa population, du réseau régional et du bilan des dernières années.

2. Les assises du modèle d'organisation proposé, c'est-à-dire les orientations ministérielles à l'égard des réseaux locaux de services, les orientations régionales en vigueur depuis 1996 et quelques objectifs additionnels convenus en région.

3. Les paramètres de découpage de la région en territoires de réseau local de services et de constitution des instances locales et la proposition qui en découle.

4. Les balises et attentes à l'endroit des réseaux locaux de services et des instances locales.

5. Les balises et attentes à l'endroit des établissements à mission régionale.

6. Les balises applicables aux ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles ainsi qu'à l'égard de l'amélioration continue de la qualité des services, de l'accessibilité aux personnes de langue anglaise et de la reddition de comptes.

En terminant, un avertissement s'impose. En effet, pour éviter toute ambiguïté quant à la portée du présent document, il importe dès maintenant de souligner qu'il ne s'agit ni d'une planification stratégique triennale, ni d'un plan de développement des services pour les prochaines années, ni d'un cahier de charges en vue de produire une éventuelle offre de services. Le document contient plutôt une proposition d'architecture du réseau de la région qui se décline en territoires locaux, en réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en instances locales, en établissements à mission régionale et en balises relatives aux liens entre les producteurs de services, le tout afin que le système de santé et de services sociaux soit mieux organisé pour offrir une réponse intégrée et efficace aux besoins de la population des territoires et de la région.

1 Portrait de la région

Le portrait de la région est constitué d'une présentation sommaire :

- du territoire et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;
- du réseau d'établissements et de producteurs de services de la région appelés à collaborer au sein des réseaux locaux de services ;
- des ressources humaines et financières du réseau régional ;
- des habitudes de consommation de la population en ce qui a trait aux services hospitaliers ;
- du bilan des dernières années, des enjeux d'actualité en matière d'organisation des services et de leurs liens avec les intentions à l'origine du projet d'intégration des services qui s'amorce.

1.1 Le territoire et la population de la région

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec constitue la quatrième plus peuplée au Québec, sa population estimée pour l'année 2003 s'élevant à 487 594 personnes.

Deux régions administratives forment la région sociosanitaire :

- Le Centre-du-Québec, dont la population estimée en 2003 est de 225 437 personnes, compte pour 46 % de la population de la région sociosanitaire ;
- La Mauricie, dont la population estimée en 2003 est de 262 157 personnes, en représente 54 %.

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec possède un vaste territoire de près de 45 000 km^2. Sa population se concentre principalement dans le centre et le sud, la partie nord étant très peu peuplée. Le tiers de la population (44 % au Centre-du-Québec et 25 % en Mauricie) habite en milieu rural. Près de la moitié de la population urbaine demeure dans la région de Trois-Rivières, l'une des six grandes régions métropolitaines de recensement du Québec.

D'autre part, 1 % de la population est autochtone (5 200 individus). Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut Saint-Maurice. Elle représente quelque 20 % de l'ensemble de la population de ce district sociosanitaire. De plus, environ 1 % de la population de la région est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de Drummond et dans la région de Trois-Rivières. Enfin, 1,33 % de la population est de langue maternelle autre que française ou anglaise.

La croissance démographique de la région est limitée, la population ne s'étant accrue que de 1,5 % depuis les dix dernières années, ce qui est inférieur au Québec (4 %).

Cette faible croissance s'accompagne d'un vieillissement accéléré de la population. Présentement, les personnes de 65 ans et plus forment 15 % de l'ensemble

de la population et, dans dix ans, elles en représenteront plus de 19 %, soit près d'une personne sur cinq. Notons que, pour la même période, les personnes de 85 ans et plus augmenteront dans une proportion de 46 %.

On dénombre, depuis les dernières années, environ 4 500 naissances annuellement. Parmi les 56 300 familles avec enfants mineurs, 23 % sont monoparentales. Enfin, 16 % des personnes de 15 ans et plus vivent seules.

1.2 Le réseau de la région

Au 31 mars 2004, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec est constitué de 25 établissements, tels qu'ils figurent au tableau 1 :

- Onze établissements ont une mission de type « centre local de services communautaires » (CLSC). Huit d'entre eux ont aussi une mission d'hébergement et de soins de longue durée à laquelle s'ajoute, dans quelques cas, une mission complète (Haut Saint-Maurice) ou une partie de mission de type hospitalier. Ainsi, trois CLSC opèrent une urgence 24/7. Chacun des onze établissements exerce sa responsabilité à l'endroit de la population d'un district sociosanitaire déterminé, à l'exception du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan qui, pour sa part, est responsable d'un territoire formé de deux districts sociosanitaires, ceux de Mékinac et des Chenaux. Depuis 1996, toute la planification, l'organisation et la coordination des services dans la région sont pensées et mises en œuvre en fonction de l'existence de ces onze territoires de CLSC.

- La région dénombre trois centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics, dans les districts de Trois-Rivières, Drummond et Arthabaska, et deux CHSLD privés conventionnés situés à Shawinigan et Ham-Nord.

- Il y a aussi quatre centres hospitaliers. Ceux-ci offrent des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale à l'égard d'un bassin de desserte correspondant à un ou plusieurs territoires de CLSC. L'ordre de grandeur de ces bassins de desserte, qui évidemment fluctue dans le temps et selon les spécialités, est le suivant :

  - Hôpital Sainte-Croix (HSC), Drummondville : 91 000 ;
  - Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDA) : 91 000
  - Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM) : 79 000 ;
  - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) : 211 000.

Le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice offre des services hospitaliers à la population du Haut Saint-Maurice qui se chiffre à 16 300 personnes.

- Quant aux établissements à mission régionale, ils sont au nombre de quatre. Ce sont les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal (déficience physique), Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec (dépendances), le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie et Centre-du-Québec (déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement). En outre, le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie assume, en plus de sa mission de centre hospitalier de courte durée, un mandat régional en santé mentale.

- Enfin, l'Hôpital Saint-Julien, situé dans le district de l'Érable, a complété en décembre 2002 le transfert vers d'autres établissements et l'intégration dans la communauté de la totalité de ses résidants.

Par ailleurs, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte au 31 mars 2004 sur :

- une direction de santé publique à l'Agence de santé et de services sociaux, cette direction assumant les responsabilités régionales de surveillance, de promotion, de prévention et de protection de la santé de la population.

- 142 ressources intermédiaires et 856 ressources de type familial où résident environ 3 400 personnes à travers la région. Ces ressources sont en lien contractuel avec 14 établissements gestionnaires, à raison d'un établissement par territoire de CLSC pour les ressources à l'intention des personnes en perte d'autonomie, auxquels s'ajoute un établissement gestionnaire régional pour chacun des trois domaines suivants : santé mentale et alcoolisme-

toxicomanie, déficience intellectuelle, enfance-jeunesse.

- 262 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. De ce nombre, 247 sont financés par le programme de soutien aux organismes communautaires (SOC).

  En 2003-2004, ces 247 organismes reçoivent un financement de l'Agence pour une somme totale de 22,2 M$. Parmi eux, 11 organismes communautaires régionaux, véritablement actifs au Centre-du-Québec et en Mauricie, se partagent 763 000 $. Les 110 organismes communautaires du Centre-du-Québec reçoivent 45 % du solde, soit 9,65 M$ tandis que les 126 organismes de la Mauricie sont soutenus pour une somme de 11,9 M$ ou 55 %. On constate que, malgré le fait que ces organismes soient pour la plupart issus d'initiatives de la communauté plutôt que d'une planification gouvernementale, le poids relatif du soutien octroyé par l'Agence correspond, à un point de pourcentage près, au poids relatif de chacune des deux régions administratives qui est, rappelons-le, de 46 % pour le Centre-du-Québec et de 54 % pour la Mauricie.

- 15 entreprises ambulancières, comptant 280 techniciens ambulanciers, qui ont effectué environ 42 000 transports en 2002-2003.

- 10 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts d'Arthabaska (2), de l'Érable (1), Drummond (4), Nicolet-Yamaska (2) et Centre-de-la-Mauricie (1).

- 117 cliniques médicales privées.

- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 683 000 heures de services en 2002-2003.

1.3 Les ressources financières et humaines du réseau de la région

Le budget brut autorisé par l'Agence en 2003-2004 pour le réseau de la région s'établit à 753,6 M$ répartis ainsi :

- établissements, incluant les ressources intermédiaires et de type familial, 721,6 M$;

- secteur communautaire, 22,2 M$;

- services préhospitaliers d'urgence, 9,7 M$; cette somme est complétée par des revenus autonomes de 7,7 M$ qui portent à 17,4 M$ le budget opérationnel de ces services.

Quant à l'Agence elle-même, son budget brut de fonctionnement s'établit en 2003-2004 à 9,1 M$ pour ses fonctions de coordination du réseau et de santé publique. Cette somme n'est pas incluse dans les 753,6 M$ mentionnés précédemment.

En ce qui a trait aux ressources humaines, les données disponibles en date du 31 mars 2002 indiquent ce qui suit :

- 14 917 personnes sont à l'emploi des 25 établissements du réseau, que ce soit à titre de détenteurs de poste ou d'employés occasionnels. De ce nombre, 525 occupent des fonctions d'encadrement ;

- 752 médecins pratiquent en Mauricie et au Centre-du-Québec, soit 430 médecins de famille pour 382 équivalents temps plein (ETP) et 322 médecins spécialistes.

Tableau 1 Réseau des établissements de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2004

Districts sociosanitaires	Établissements			
	CLSC	CHSLD	CH	CR
TERRITOIRE SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE				
Haut Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice			
Mékinac / Des Chenaux	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan			
Centre-de-la-Mauricie	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie		Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	Centre de réadaptation InterVal
		Centre Vigi Les Chutes inc. (privé conventionné)		
Maskinongé	Centre de santé de la MRC de Maskinongé			
Trois-Rivières	CLSC Les Forges	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Le Trifluvien	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie / Centre-du-Québec
Cap-de-la-Madeleine	Centre de santé Cloutier-du Rivage			
TERRITOIRE SOCIOSANITAIRE DU CENTRE-DU-QUÉBEC				
Nicolet - Yamaska	Centre de santé Nicolet – Yamaska			Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
Bécancour	Centre de santé Les blés d'or			
Drummond	CLSC Drummond	CHSLD Cœur-du-Québec	Hôpital Sainte Croix	
Arthabaska	CLSC Suzor-Coté	CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (privé conventionné)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
L'Érable	CLSC-CHSLD de l'Érable			
		*Hôpital St-Julien		

** Le 12 décembre 2002, les derniers usagers de l'Hôpital St-Julien ont quitté l'établissement pour se diriger vers leur nouveau milieu de vie résidentiel.*

1.4 Les habitudes de consommation des services hospitaliers

Pour circonscrire les territoires de réseaux locaux de services, une variable est importante. Elle concerne les habitudes de consommation de la population de chacun des districts sociosanitaires de la région en ce qui a trait aux services hospitaliers. En se basant sur les données applicables à l'année 2002-2003, il a été possible de produire le tableau 2 qui, justement, reflète ces habitudes de consommation.

Pour aider à la compréhension du tableau, nous donnons l'exemple du district sociosanitaire Nicolet-Yamaska. On constate que la population de ce district, qui est estimée en 2003 à 24 117 personnes, a vécu 2 856 épisodes de soins en milieu hospitalier en 2002-2003. Ces épisodes de soins réfèrent soit à une hospitalisation, soit à une chirurgie d'un jour de niveau 1 ou 2. Les interventions de niveaux 1 et 2 sont toutes réalisables dans les centres hospitaliers de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il n'est donc pas obligatoire de référer une personne à un centre hospitalier d'une autre région pour obtenir une intervention de ce niveau, contrairement à ce qui peut parfois se produire pour une intervention de niveau 3 ou 4.

À l'examen du tableau 2, on constate que 75,8 % des 2 856 hospitalisations et chirurgies d'un jour vécues en 2002-2003 par des personnes du district de Nicolet-Yamaska, l'ont été dans des centres hospitaliers de la région, tandis que 24,2 % ont été obtenues à l'extérieur de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Plus précisément, 48,3 % des 2 856 épisodes ont eu lieu au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, 0,7 % au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, 9,5 % à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et 17,2 % à l'Hôpital SainteCroix de Drummondville.

Globalement, 89,1 % des 69 478 épisodes de soins de niveaux 1 et 2 consommés par la population de la région en 2002-2003 l'ont été dans des hôpitaux de la région, répartis de la façon suivante :

CSSSM : 2,4 % de la consommation en région (2,1 % sur 89,1 %) ;
CHRTR : 42,3 % de la consommation en région (37,7 % sur 89,1 %) ;
CHCM : 14,2 % de la consommation en région (12,5 % sur 89,1 %) ;
HDA : 22,0 % de la consommation en région (19,6 % sur 89,1 %) ;
HSC : 19,1 % de la consommation en région (17,0 % sur 89,1 %).

Tableau 2 Lieux de consommation des hospitalisations et des chirurgies d'un jour de niveaux 1 et 2, selon le district sociosanitaire (DSS) de résidence des usagers de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002-2003.

			ÉPISODES DE SOINS NIVEAUX 1 ET 2						
DISTRICTS	POPUL.	NB	RÉG.	CSSSSM	CHRTR	CHCM	HDA	HSC	HORS RÉG.
Haut Saint-Maurice	16 325	2 816	71,0 %	51,3 %	15,2 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	29,0 %
Mékinac	12 992	1 807	85,8 %	0,3 %	30,8 %	54,7 %	0,0 %	0,1 %	14,2 %
Centre-de-la-Mauricie	66 003	10 551	91,8 %	0,1 %	25,3 %	66,3 %	0,0 %	0,1 %	8,2 %
Des Chenaux	12 156	1 558	87,0 %	0,1 %	83,8 %	3,0 %	0,2 %	0,0 %	13,0 %
Cap-de-la-Madeleine	45 942	5 888	93,2 %		91,6 %	1,3 %	0,2 %	0,1 %	6,8 %
Trois-Rivières	85 094	11 222	92,9 %		90,1 %	2,4 %	0,4 %	0,1 %	7,1 %
Maskinongé	23 645	2 805	89,7 %		83,7 %	5,9 %	0,1 %	0,0 %	10,3 %
Nicolet - Yamaska	24 117	2 856	75,8 %		48,3 %	0,7 %	9,5 %	17,2 %	24,2 %
Bécancour	19 279	2 359	89,0 %		61,4 %	0,6 %	25,3 %	1,7 %	11,0 %
Arthabaska	66 329	10 632	92,5 %		1,9 %	0,1 %	89,2 %	1,2 %	7,5 %
De L'Érable	24 655	3 566	81,8 %		1,2 %	0,0 %	80,4 %	0,2 %	18,2 %
Drummondville	91 057	13 418	88,3 %		2,3 %	0,3 %	2,7 %	83,0 %	11,7 %
TOTAL	487 594	69 478	89,1 %	2,1 %	37,7 %	12,6 %	19,6 %	17,0 %	10,9 %

Les interventions de niveaux 1 et 2 sont accessibles dans les hôpitaux locaux et régional.
Niveau 1 : demande une infrastructure (de soins) de base et font appel à une technologie répandue.
Niveau 2 : demande une infrastructure plus spécialisée mais ne demande pas d'équipement sophistiqué.

District : District sociosanitaire.
Popul. : Population estimée en 2003 du district sociosanitaire.
NB : Nombre d'épisodes de soins de niveaux 1 et 2 vécus par la population du district sociosanitaire.
RÉG. : Proportion des épisodes de niveaux 1 et 2 consommés dans un établissement de la région.

CSSSSM : Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice.
CHRTR : Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.
CHCM : Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie.
HDA : Hôtel-Dieu d'Arthabaska.
HSC : Hôpital Sainte-Croix.

Hors RÉG. : Proportion des épisodes de niveaux 1 et 2 consommés dans un établissement hors région.

Source des données : MSSS (APR-DRG 2002-03).

1.5 Le bilan des dernières années et les enjeux en matière d'organisation des services

Pour apprécier la proposition de modèle d'organisation mise de l'avant, il est utile de rappeler les faits saillants de la période qui la précède, à partir de 1995. Cette période est caractérisée par l'adoption et la mise en œuvre de deux planifications stratégiques régionales.

- Le plan de transformation 1996-1999, contenu dans le document intitulé *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs : Décisions 1996,* adopté le 1er mai 1996 par le conseil d'administration de la Régie régionale et approuvé par le ministre, le 3 juillet 1996.
- Le plan de consolidation 1999-2002, contenu dans le document intitulé *Plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré,* adopté le 21 avril 1999 par le conseil d'administration de la Régie régionale.

Au cours de cette période marquée aussi par la lutte pour l'atteinte du déficit zéro et par un programme intensif de départs volontaires à la retraite, l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec se singularise de la façon suivante :

Tableau 3 Évolution de l'enveloppe budgétaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec de 1995-1996 à 2003-2004, en incluant les ventes de services

Programme	1995-1996	2003-2004	Variation 1995-1996 à 2003-2004 Montant	%
Prévention-promotion	10 194 762	17 445 516	7 250 754	71,12 %
Santé physique	256 936 311	292 064 102	35 127 791	13,67 %
Santé mentale	38 177 100	53 797 947	15 620 847	40,92 %
Enfance-jeunesse-famille	34 502 252	50 979 289	16 477 037	47,76 %
Personnes âgées en perte d'autonomie	163 294 229	212 249 316	48 955 087	29,98 %
Déficience physique	11 512 291	20 998 752	9 486 461	82,40 %
Déficience intellectuelle (1)	55 195 218	47 945 636	(7 249 582)	(13,13 %)
Alcoolisme et toxicomanie	2 766 881	3 640 491	873 610	31,57 %
Secteur communautaire	9 215 693	22 586 654	13 370 961	145,09 %
Services préhospitaliers	11 752 965	17 458 679	5 705 714	48,55 %
TOTAL	**593 547 702**	**739 166 382**	**145 618 680**	**24,53 %**

(1) Incluant l'Hôpital Saint-Julien. Suite à la désinstitutionalisation de l'Hôpital Saint-Julien, des budgets ont été transférés dans d'autres régions en fonction des usagers relocalisés à l'extérieur de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Note : En dehors des subventions aux organismes communautaires et de celles du secteur préhospitalier (transports ambulanciers, premiers répondants, centrale d'appels et formation), les huit premiers programmes correspondent uniquement aux budgets des établissements de la région. Pour chaque programme y sont regroupées les dépenses cliniques, administratives et de soutien.

a) En vue d'améliorer la continuité et l'efficacité des services à la population, le réseau connaît des changements structurels majeurs. Le nombre d'établissements est réduit de 47 à 25 par l'entremise de nombreuses fusions et de deux fermetures. La région passe de onze à quatre hôpitaux et il y a fusion des CLSC, CHSLD et, parfois de petits hôpitaux, dans huit des onze territoires de CLSC.

b) Afin d'accroître les services de première ligne et de rétablir l'équité entre les territoires, la région procède à compter de 1996 à des réallocations budgétaires d'envergure. Ainsi, à partir d'un budget de fonctionnement annuel brut de 595 M$ en 1995-1996, la région réalloue de façon récurrente 65,3 M$ de 1996-1997 à 1999-2000, soit plus de 11 % de l'enveloppe initiale.

De 1995-1996 à 2003-2004, l'évolution de l'enveloppe budgétaire par programme-services est marquée par des augmentations oscillant entre 13,67 % pour le programme santé physique, 82,4 % pour le programme déficience physique et 145,09 % pour le secteur communautaire. Globalement, l'enveloppe régionale croît de 24,53 % ou 145,6 M$, tel qu'illustré au tableau 3.

c) Comme le relate le *Bilan du Plan de consolidation 1999-2002,* publié par la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du Québec en décembre 2001, la région, à travers ces mouvements :

- a accru de façon très significative l'éventail et l'intensité des services disponibles dans chaque territoire de CLSC, qu'ils s'agissent de services de première ligne dispensés par les établissements à vocation locale ou encore de services spécialisés offerts de façon déconcentrée par les établissements à mission régionale. Lorsque cette déconcentration n'a pu atteindre le niveau local, elle s'est tout de même réalisée sur des bases sous-régionales ;

- a grandement rétabli l'équité dans la répartition des ressources entre les différents territoires de la région, notamment en finançant les établissements sur des bases comparables. C'est particulièrement le cas pour les CHSLD et les centres hospitaliers. Quant aux CLSC, la correction des écarts se réalise de façon plus progressive ;

- a réussi à offrir à sa population un réseau tissé plus serré qu'avant, bien que de nombreux progrès restent à faire. Des gains significatifs ont eu lieu du côté de la coordination et de la personnalisation des services, de la mise en réseau informatique et du travail en partenariat au niveau territorial entre les établissements, les organismes communautaires et les acteurs d'autres secteurs d'activité ;

d) Toutefois, malgré les progrès effectués, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec demeure aux prises avec plusieurs défis et problèmes importants.

D'abord, la population de la région a connu et continue de connaître de graves problèmes d'accès aux services médicaux généraux et spécialisés. Ces problèmes sont principalement causés par une répartition inadéquate des médecins entre les régions du Québec et par le peu de succès connu par la région en matière de recrutement de nouveaux médecins avec les règles du jeu qui ont prévalu jusqu'à tout récemment, et ce, en dépit des efforts intensifs déployés par les établissements et l'Agence. Or, ce manque de médecins fragilise beaucoup l'organisation actuelle des services et handicape la région dans la réponse adéquate aux besoins actuels de la population à tout niveau, de la prévention au traitement et à la réadaptation.

D'ailleurs, le *Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM)* reconnu par le ministre pour la région en 2004, fait état de besoins normalisés équivalant à 513 médecins équivalents temps plein (ETP) alors que le nombre de médecins en place dans la région correspond à 394 ETP. Avec seulement 76,7 % des effectifs médicaux requis, la région est celle qui vit la pire situation au Québec relativement à l'accès à un médecin de famille et à la réponse aux besoins grandissants des établissements de santé. À titre comparatif, la seconde région en mauvaise posture à ce chapitre connaît un taux d'atteinte de son PREM de 83,3 %. Toutefois, notre région est autorisée par le ministre à accueillir 37 nouveaux médecins en 2004-2005. Du côté des spécialités, la région est autorisée à recruter en 2004 jusqu'à concurrence de 64 médecins spécialistes pour rencontrer les besoins de la population.

En plus des problèmes d'accès aux médecins de famille et aux médecins spécialistes, d'autres défis et problèmes de gestion et d'organisation des services demeurent d'importance dans la région. À l'automne 2002, les

dirigeants des établissements et de la Régie régionale menaient une analyse de la situation qui a conduit à la liste suivante de défis et problématiques jugés prioritaires. Bien qu'elle puisse être considérée incomplète, cette liste apparaît d'actualité.

- La mise en place de réseaux de services intégrés.
- L'accès et la coordination des services aux personnes présentant des multiproblématiques ou présentant des problèmes à ce point complexes qu'elles requièrent l'intervention de plusieurs organismes, établissements et professionnels.
- La comparabilité des services locaux offerts par les CLSC de la région.
- Une meilleure définition des services de première ligne des CLSC par rapport à ceux des établissements de réadaptation.
- La pression croissante sur le programme de services aux personnes en perte d'autonomie en raison de l'évolution démographique.
- L'adaptation des milieux d'hébergement institutionnels et non institutionnels aux besoins évolutifs de la clientèle : troubles cognitifs, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et soins de confort.
- La clarté et la cohérence des actions de promotion et de prévention. On peut toutefois prétendre que l'adoption en décembre 2003 du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* et les travaux d'élaboration des plans d'action locaux de santé publique ont déjà permis des gains significatifs à cet égard.
- La rétention de la population de la région par les établissements offrant des services spécialisés.
- La poursuite du déploiement des technologies de l'information et leur soutien financier.
- Le soutien aux changements de pratique par le développement des compétences.
- La planification de la main-d'œuvre, la gestion des pénuries et de la relève.

On le voit, les défis et problèmes d'organisation des services encore présents dans la région, malgré tous les efforts déployés depuis 1996, correspondent en grande partie à ceux auxquels veut justement s'attaquer, d'une façon plus structurée et systématique, le projet d'intégration des services basé sur des réseaux locaux de services.

Un autre constat s'impose à la lecture de ce bref bilan. C'est que le projet d'intégration lancé par la mise en œuvre du projet de loi 25 est en directe continuité avec les changements amorcés dans la région en 1996. Il ne s'agit donc pas d'un virage à 180 degrés, bien au contraire.

Cependant, les conditions qui prévalent au printemps 2004 sont fort différentes de celles qui ont eu cours de 1995 à 1998. Ainsi, contrairement à cette période, aucune opération de compressions budgétaires ni aucun programme massif de départs volontaires ne sont à l'agenda. Par ailleurs, la mise en place des réseaux locaux de services s'accompagne d'autres opérations d'envergure visant les mêmes objectifs d'efficacité et d'intégration des services. Parmi celles relatées dans le préambule du présent document, rappelons l'implantation de nouveaux modèles d'allocation budgétaire, l'actualisation du projet de loi relatif à la représentation syndicale et à la décentralisation d'objets de négociation ou, encore l'application de la loi modifiant le code des professions.

2 Assises du modèle d'organisation proposé

Le modèle d'organisation des services de santé et des services sociaux proposé pour la Mauricie et le Centre-du-Québec repose sur les assises suivantes :

- les orientations gouvernementales et ministérielles à l'égard des réseaux locaux de services ;
- les choix faits dans la région depuis 1996 ;
- des objectifs additionnels convenus en région.

2.1 Les orientations gouvernementales et ministérielles à l'égard des réseaux locaux de services

La proposition régionale de modèle d'organisation doit respecter les orientations ministérielles et gouvernementales. Celles-ci sont exprimées dans le projet de loi 25 adopté en décembre 2003 et dans le document publié le 3 février 2004 par le ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Voici les faits saillants de ces orientations et balises.

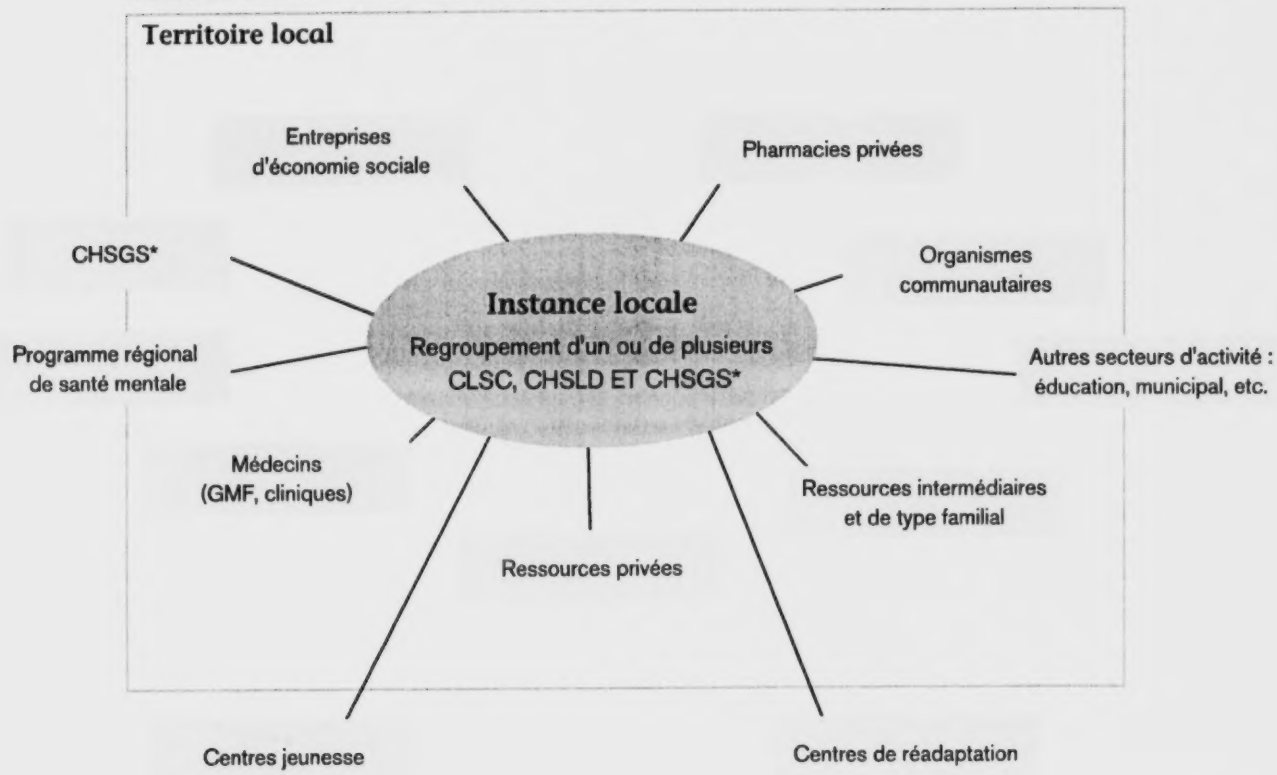
2.1.1 Le réseau local de services

En bref, le réseau local de services est une organisation des services qui se veut formalisée et qui est mise sur pied afin d'assurer l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux aux citoyens d'un territoire bien défini, le territoire local. Ce réseau comprend les services de première et de deuxième lignes disponibles sur le territoire local ainsi que ceux de deuxième et de troisième lignes rendus accessibles aux citoyens par des établissements spécialisés pouvant se situer à l'extérieur du territoire local.

C'est l'instance locale, un établissement public généralement issu d'une fusion d'un ou plusieurs CLSC, CHSLD et CH, qui est au cœur de ce réseau et qui, en plus d'offrir lui-même des services, voit à coordonner les activités et les services à l'intérieur du réseau local. Pour ce faire, il crée des liens au moyen d'ententes ou d'autres modalités avec les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques médicales privées, les producteurs de services de deuxième et troisième lignes (Centres jeunesse, centres de réadaptation, programme régional de santé mentale, hôpital), les pharmacies privées, les organismes communautaires, les ressources intermédiaires et de type familial, les ressources privées, dont les centres d'accueil privés conventionnés, et les entreprises d'économie sociale du territoire local. L'instance voit aussi à animer la concertation avec les partenaires intersectoriels, dont le milieu scolaire et le monde municipal, sur des objets ayant un impact sur la santé et le bien-être de la population.

Les chapitres 4 et 5 présentent de façon plus précise les attentes et balises applicables aux réseaux locaux de services et aux instances locales.

Les acteurs dans le réseau local de services



2.1.2 Les objectifs poursuivis

Le modèle des réseaux locaux de services repose donc sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services spécialisés et surspécialisés.

Ce modèle permet d'intégrer les services et d'atteindre les objectifs suivants :

- Offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture.
- Assurer une meilleure prise en charge des personnes.
- Agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent.
- Consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par la distribution des services de première, de deuxième et de troisième lignes.
- Doter les gestionnaires de moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme.
- Impliquer et mobiliser les cliniciens dans l'organisation et la gestion des services.
- Encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

2.2 Les choix faits depuis 1996

Au chapitre *Portrait de la région*, nous soulignions déjà qu'il y avait une convergence et une continuité entre les changements effectués en région depuis 1996, les principaux problèmes d'organisation des services encore d'actualité et les intentions derrière le projet d'intégration des services basé sur la mise en place de réseaux locaux de services (RLS).

Une autre preuve de cette cohérence entre les projets d'hier et ceux d'aujourd'hui apparaît à la lecture des orientations qui ont inspiré les gestes posés en Mauricie et au Centre-du-Québec depuis 1996. En effet, celles-ci portent les mêmes préoccupations et vont dans le même sens que les objectifs poursuivis par le modèle des réseaux locaux de services. Ce sont plutôt les moyens qui diffèrent. Ceux associés aux RLS sont plus formels et systématiques et reposent moins sur la seule bonne volonté des gens et la qualité des relations entre les producteurs de services. Ils comportent un cadre de référence commun pour la planification, l'organisation et l'évaluation des activités. Ils supposent une délégation de certains pouvoirs à une instance locale de décision et ils reposent sur un partenariat institutionnel fondé sur des textes législatifs.

Brièvement, voici donc un rappel des orientations régionales qui ont prévalu au cours des dernières années et qui, compte tenu de leur convergence avec le projet d'intégration des services, servent toujours de fondements au nouveau modèle d'organisation des services que l'Agence soumet au ministre pour approbation.

Orientation 1 : Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention

Cette orientation visait, d'une part, l'accroissement des actions de *promotion* qui permettent aux individus et aux collectivités d'exercer une plus grande emprise sur leur santé et leur bien-être et, d'autre part, le renforcement des activités de *prévention* qui visent à intervenir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque, de renforcer les facteurs de protection et de détecter les signes hâtifs de problèmes dans le but de les contrer.

Orientation 2 : Rendre accessibles dans chaque territoire de CLSC tous les services possibles

Cette orientation traduisait la volonté d'assurer à la population l'accès à une large gamme de services accessibles localement, c'est-à-dire pouvant être disponibles et consommés dans chacun des territoires locaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Orientation 3 : Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés

Cette troisième orientation visait, d'une part, à assurer un accès rapide et équitable aux services spécialisés qui ne peuvent être disponibles dans tous les territoires locaux et, d'autre part, à assurer la plus grande autonomie possible de la région afin de minimiser l'obligation faite aux citoyens de se déplacer vers l'extérieur de celle-ci pour recevoir des soins spécialisés.

Orientation 4 : S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés

Cette orientation faisait la promotion du passage d'un réseau d'établissements à un véritable réseau de services intégrés. De plus, elle visait à ce que les services soient personnalisés, c'est-à-dire adaptés aux besoins de chaque personne et dispensés dans une relation caractérisée par le respect et l'empathie.

Les partenaires visés étaient non seulement les établissements, mais aussi les intervenants de pratique privée dont les médecins, les groupes de médecine de famille, les organismes communautaires, les ressources intermédiaires et de type familial et les intervenants d'autres secteurs tels que le milieu scolaire, la justice, la sécurité publique et les municipalités.

Bref, la mise en place de réseaux de services était déjà un moyen jugé incontournable pour améliorer l'accessibilité aux services, pour assurer la continuité et la globalité des soins et pour permettre une coordination des services.

Orientation 5 : Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente

Les visées de cette cinquième orientation régionale en vigueur depuis 1996 étaient :

- la présence en région de ressources de quantité et qualité adéquates, pour assurer l'accessibilité à des services intégrés et de qualité, au sein d'un réseau tissé serré ;

- une gestion efficace et efficiente des ressources disponibles ;

- l'obtention d'une équité intrarégionale et interrégionale dans l'accessibilité à des services de qualité, la répartition des ressources financières, humaines et matérielles étant considérée comme un moyen pour atteindre cette équité.

Orientation 6 : Connaître et évaluer pour améliorer la qualité et la performance du réseau

Cette sixième orientation introduite en 1999 reposait sur la nécessité de recueillir de l'information, de la traiter et de la diffuser aux décideurs, aux intervenants et à la population afin de connaître les besoins et l'état de santé de la population, d'améliorer de façon continue la qualité des services, de suivre et d'évaluer les principaux résultats atteints, de repérer les problèmes à résoudre et les améliorations à apporter, d'effectuer la reddition de comptes à laquelle chaque instance est soumise, et d'utiliser de façon optimale les technologies de l'information et des communications.

Orientation 7 : Assurer la disponibilité d'une main d'œuvre qualifiée et mobilisée pour offrir les services de façon optimale

Le défi consistait et consiste toujours à doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées et mobilisées en quantité suffisante, et ce, dans un environnement de travail adéquat. Il s'agit particulièrement d'accroître la disponibilité du personnel infirmier, des autres professionnels et du personnel d'encadrement ; de soutenir le développement des compétences en fonction des priorités nationales, régionales et locales ; d'améliorer l'organisation du travail et la qualité de vie au travail ; d'accroître le nombre de médecins disponibles et d'assurer une meilleure répartition de ceux-ci à l'intérieur de la région.

Orientation 8 : Favoriser l'accès à de l'information de qualité sur les services disponibles et leur accès

Cette huitième et dernière orientation datant de 1999 reposait sur quelques prémisses, dont :

- une personne qui sait à qui s'adresser pour obtenir un service se trouve par le fait même à réduire les délais qui lui donnent accès aux services dont elle a besoin ;

- l'information doit contribuer au renforcement de la capacité de l'individu à prendre des décisions éclairées et à agir sur les problèmes et risques qui le concernent ;

- lorsqu'une personne s'adresse à un professionnel ou un établissement, c'est au réseau dans son ensemble qu'elle a le sentiment de s'adresser et, en conséquence, elle souhaite être rapidement aiguillée vers la bonne ressource.

2.3 Les objectifs additionnels convenu en région

Parmi les assises à la base du modèle d'organisation proposé par l'Agence, figurent aussi quelques objectifs spécifiques convenus à l'automne 2003 avec les directions générales des établissements de la région. C'est ainsi que la proposition de l'Agence cherche à mieux positionner la région et les territoires pour :

a) Garantir un maximum de services spécialisés et surspécialisés accessibles dans la région. Pour ce faire, renforcer la capacité de la région à maintenir, consolider et développer des services spécialisés et surspécialisés, en tenant compte du bassin de population à desservir.

b) Accroître la rétention de la population de la région au niveau des services spécialisés et surspécialisés.

c) Augmenter significativement la capacité des réseaux locaux de services et des établissements à mission régionale à retenir et à recruter des effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, des infirmières bachelières et des infirmières cliniciennes ainsi que d'autres catégories de professionnels.

d) Susciter des gains pour la population en matière d'accessibilité et de continuité de services, et ce, dans tous les programmes de services en place dans la région.

e) Assurer l'accès et la coordination des services aux personnes présentant des multiproblématiques ou présentant des problèmes à ce point complexes qu'elles requièrent l'intervention de plusieurs établissements à mission régionale et partenaires d'un réseau local de services.

f) Préserver globalement le taux d'encadrement en vigueur dans le réseau de la région.

g) Viser l'équité entre les territoires de RLS quant à l'accessibilité par la population à des services de qualité et quant à l'accessibilité par les professionnels à des services périphériques et complémentaires dont dépendent soit l'évaluation de la personne, soit son traitement, et ce, en tenant compte des habitudes de consommation de la population.

3 Territoires et instances de réseau local de services

Ce chapitre présente :

- les paramètres sur lesquels se fonde la proposition prévoyant le découpage de la région en territoires de réseau local de services et la constitution des instances locales correspondantes ;
- la proposition elle-même.

3.1 Les paramètres

La proposition de l'Agence prévoyant le découpage de la région en territoires de réseau local et la constitution des instances locales est le résultat de l'application combinée des huit paramètres suivants :

1. Le modèle proposé respecte l'esprit et la lettre du projet de loi 25 sanctionné en décembre 2003, en tenant compte de la réalité de la région et en tentant d'éviter, le plus possible, de complexifier l'opération « réseaux locaux de services » par la conduite simultanée d'autres opérations ou objectifs d'envergure.

En particulier, ce paramètre signifie que tous les centres hospitaliers de la région sont inclus dans une instance locale, sauf l'exception du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) que l'Agence justifie plus loin dans le texte.

Par ailleurs, à moins qu'elle ne soit jugée vraiment essentielle pour la réalisation du modèle d'organisation proposé, sera évitée toute opération significative de cession partielle ou totale d'activités ou de transfert de mandat d'un établissement à un ou plusieurs autres, avec son lot d'impacts au niveau des ressources humaines, financières et matérielles. Déjà, le fait de fusionner des établissements pour créer une instance locale constitue en soi un chantier complexe et exigeant pour les organisations et pour les gens qui y travaillent. C'est pourquoi il apparaît opportun d'éviter de compliquer la tâche par l'ajout d'autres opérations d'envergure non essentielles à ce stade-ci.

2. Les territoires de réseau local de services sont constitués d'un ou de plusieurs des districts sociosanitaires existants.

L'objectif de ce paramètre est d'assurer la continuité des services et de réduire l'impact des nouvelles délimitations territoriales sur l'organisation des services. Cette approche est conforme aux indications contenues dans le document ministériel *L'intégration des services de santé et des services sociaux.*

Ce paramètre dispose de deux autres options possibles :

- celle d'ajuster les territoires de réseau local aux contours réels des bassins de desserte des hôpitaux, ce qui aurait pour effet de remettre en cause les frontières et de subdiviser tous les territoires actuels de CLSC, sauf celui du Haut Saint-Maurice ;
- celle d'ajuster les territoires de réseau local aux contours des municipalités régionales de comté (MRC) et des villes issues de la récente réforme municipale.

Dans ce dernier cas, ce sont les territoires de la Mauricie qui sont concernés par ce phénomène, les contours municipaux du Centre-du-Québec étant

demeurés identiques aux districts sociosanitaires, donc aux territoires de CLSC. Or, l'analyse de la situation amène à conclure ce qui suit :

a) Les contours des nouvelles villes et MRC ne se calquent pas nécessairement sur les habitudes de consommation des services hospitaliers de la population qui y réside. Or, le projet de réseaux locaux de services vise l'intégration et la fluidité entre les services de première et deuxième lignes. Ainsi, la population de Saint-Boniface ou de Saint-Mathieu va continuer à consommer très majoritairement ses services hospitaliers au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM). Il y a donc avantage pour elle à demeurer dans le réseau local de services du Centre-de-la-Mauricie, et ce, même si ces localités font désormais partie de la MRC de Maskinongé.

b) En plus de complexifier substantiellement l'opération « réseaux locaux de services » en provoquant des transferts importants de ressources et de services entre quatre des territoires de CLSC (Maskinongé, Centre-de-la-Mauricie, Trois-Rivières, Vallée-de-la-Batiscan), un tel ajustement des contours des territoires n'apporterait pas de gains significatifs pour la population au niveau des services de santé et des services sociaux.

3. Lorsqu'applicable, le modèle proposé tient compte de la réalité et du contour des deux régions administratives : le Centre-du-Québec et la Mauricie.

Ce paramètre ne peut trouver son application que dans la région métropolitaine de Trois-Rivières et qu'à partir du moment où le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) est exclu de toute instance locale. Dans un tel cas, le paramètre en question a pour conséquence d'exclure toute hypothèse ayant pour effet de créer un réseau local de services jumelant des districts sociosanitaires provenant des deux régions administratives.

Par contre, si le CHRTR est inclus dans une instance locale, ce paramètre devient inopérant puisqu'alors, le territoire du réseau local de services correspondrait normalement au bassin de desserte du CHRTR, c'est-à-dire aux districts sociosanitaires de Maskinongé, Trois-Rivières, Cap-de-la-Madeleine, des Chenaux, Bécancour et Nicolet-Yamaska.

4. Un district sociosanitaire ne peut être joint à un territoire de réseau local où opère un centre hospitalier que dans la mesure où la majorité de sa population consomme ses services hospitaliers dans cet hôpital.

Ce paramètre, qui s'appuie sur la logique même à la base de la constitution des réseaux locaux de services, élimine toute hypothèse qui, à titre d'exemple, jumellerait le district de Maskinongé avec celui du Centre-de-la-Mauricie ou le district de Nicolet-Yamaska avec celui de Drummond. Dans le premier cas comme dans le second, la majorité de la population de ces territoires de CLSC ne consomme pas ses services hospitaliers au CHCM ou à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, respectivement.

5. Chaque fois que cela s'avère possible en tenant compte des autres paramètres, le modèle vise à créer des territoires d'ampleur suffisante pour conférer à l'instance locale une masse critique et une marge de manœuvre pour :

- offrir des services de qualité à des coûts acceptables et compétitifs ;
- attirer et retenir des ressources humaines qualifiées ;
- adapter rapidement les services à l'évolution des besoins de la population ou à l'émergence de nouveaux problèmes de santé ;
- assumer efficacement les rôles et responsabilités qui lui sont confiés dès sa formation ou ceux qui pourraient éventuellement lui être transférés de l'Agence ;
- s'inscrire dans une relation de négociation et d'influence équilibrée avec les autres instances locales et établissements de la région.

6. Lorsque possible, jumeler des districts sociosanitaires dont les populations ont des habitudes de consommation des services relativement comparables.

L'information présentée au tableau 2 du premier chapitre est pertinente à cet égard.

7. Lorsque possible, jumeler des districts sociosanitaires qui ont des habitudes établies de concertation, particulièrement au niveau de l'organisation

des services médicaux d'omnipratique, des établissements et des organismes communautaires.

La présence d'une table médicale territoriale ou de mécanismes de concertation réunissant les établissements ou des organismes communautaires couvrant les districts sociosanitaires concernés est à considérer.

8. Dans la mesure du possible, tenir compte que le territoire est un lieu d'échanges intersectoriels qui contribuent au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et que, pour ce faire, des liens doivent être tissés avec des acteurs d'autres secteurs d'activité, dont les milieux scolaire et municipal.

3.2 La proposition prévoyant le découpage des territoires de réseau local et la constitution des instances locales correspondantes

L'application combinée des huit paramètres qui viennent d'être énoncés entraine la proposition suivante. Celle-ci est livrée en deux temps :

- la proposition relative à la non-inclusion du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) dans une instance locale ;

- la proposition relative au découpage de la région en huit territoires de réseau local, soit trois au Centre-du-Québec et cinq en Mauricie.

L'application de cette proposition ferait passer le réseau d'établissements de la région de 25 à 15, c'est-à-dire huit instances locales, cinq établissements à mission régionale et deux CHSLD privés conventionnés.

3.2.1 Le CHRTR à l'extérieur de l'instance locale

Ce volet de la proposition est présenté en premier lieu à cause de ses nombreuses répercussions sur la configuration des territoires locaux. En effet, l'inclusion du CHRTR dans une instance locale entrainerait, en cohérence avec l'esprit du projet de loi 25, la constitution d'un vaste territoire de réseau local correspondant à six districts sociosanitaires. D'où la pertinence de préciser dès maintenant la proposition de l'Agence en ce qui concerne le CHRTR.

L'Agence a examiné de près cette question et elle en vient à la conclusion qu'il n'est pas souhaitable à ce moment-ci d'inclure le CHRTR dans une instance locale. Cette position s'appuie sur l'analyse qui a été faite de l'évolution actuelle et prévisible du CHRTR et du réseau régional, en lien avec les critères de décision contenus dans l'article 26 du projet de loi 25, en ce qui a trait à la non-inclusion d'un centre hospitalier dans une instance locale. La question pourrait être reposée dans quelques années, à la lumière du contexte qui prévaudra et la conclusion pourrait alors être identique ou différente. Mais, ce qui est certain en avril 2004, c'est qu'il n'est pas souhaitable d'inclure le CHRTR dans une instance locale.

L'élément premier à considérer dans cette analyse en est un de vision : il est nécessaire de pouvoir compter en Mauricie et au Centre-du-Québec sur un leader régional associatif et reconnu en matière de services hospitaliers spécialisés et surspécialisés. Cette vue est partagée par bon nombre d'acteurs de la région. Les motifs de ce choix et l'esprit qui l'anime sont explicités au chapitre 5. Cette perspective est d'autant plus envisageable du fait que :

- Le CHRTR assume déjà des mandats de portée régionale, à l'endroit des 487 000 citoyens des deux régions administratives du Centre-du-Québec et de la Mauricie. Ces mandats ont trait à la néphrologie, avec deux unités satellites à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville et à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska reliées par télémédecine, à la cardiologie, à la microbilogie, à la neurochirurgie dans le cadre d'un mandat secondaire régional en traumatologie pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, et à la cancérologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du Programme national de lutte contre le cancer.

- Le ministre vient de signifier son accord de principe au développement d'un projet de campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières. Ce projet inclut l'implantation du curriculum complet du programme de médecine et le développement de stages de niveau post gradué en médecine de famille et dans les spécialités de base. Ce projet est crucial pour l'ensemble de la région, car il s'agit d'un développement pouvant contribuer considérablement à sortir la région de l'impasse dans laquelle elle se trouve en matière de recrutement et

de rétention de médecins, d'infirmières cliniciennes et praticiennes et d'autres professionnels de la santé. Par ailleurs, il n'y a pas de doute que la qualité des services à la population se verrait augmenter par la concrétisation d'un tel projet.

En plus de cette vision, la décision d'inclure ou d'exclure le CHRTR d'une instance locale doit tenir compte des informations suivantes :

- Le CHRTR est un centre hospitalier issu de la fusion de l'Hôpital Sainte-Marie et de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières. Son budget annuel d'opération est de 125,3 M$. Il compte 473 lits de courte durée et plus de 2 050 employés équivalents temps complet (ETC), soit à peine 15 % de moins que les trois autres centres hospitaliers de la région réunis.

- Cet établissement conduit depuis 1997 un processus de fusion de grande envergure et de façon somme toute harmonieuse et fructueuse. Celui-ci comporte même un projet immobilier de regroupement des installations sur un site entamé en 1999 et qui devrait se terminer en 2005.

- Le bassin « naturel » de desserte du CHRTR est constitué des districts sociosanitaires de Maskinongé, Trois-Rivières, Cap-de-la-Madeleine, des Chenaux, Bécancour et Nicolet-Yamaska. Cela correspond à une population d'environ 211 000 personnes, soit 43 % de la population de la région. Dans ces territoires opèrent présentement, hormis le CHRTR, 7 établissements publics, répartis sur 25 sites. Ces établissements totalisent environ 2 655 cadres et salariés ETC et un budget annuel d'opération de 143 M$. On y trouve aussi une ville majeure, Trois-Rivières, quatre municipalités régionales de comté majoritairement rurales, 130 organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux et 56 cliniques médicales privées.

- L'option d'inclure le CHRTR dans une instance locale aurait pour effet de créer une instance locale de très grande envergure, comptant quelque 4 700 cadres et salariés ETC et un budget annuel d'opération de 268 M$. En outre, elle nécessiterait la défusion du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan pour permettre d'inclure le district des Chenaux dans l'instance trifluvienne.

Cela étant, l'Agence juge que le CHRTR a besoin d'une certaine forme de stabilité pour assumer le leadership régional qui est attendu de lui, soit un leadership véritablement proactif, associatif et mobilisateur exercé aussi bien par sa direction que par son équipe médicale et professionnelle. Dans cet esprit, les constats suivants s'imposent.

a) Le processus de fusion inachevé du CHRTR milite actuellement contre son introduction dans une instance locale, considérant l'ampleur et la complexité des opérations que nécessiterait la création de ce réseau local de services et de l'instance locale correspondante. Il y a là un risque élevé de compromettre le succès aussi bien du processus de fusion en cours depuis 1997 que du processus qui accompagnerait l'inclusion du CHRTR dans une telle instance locale.

b) De même, l'inclusion du CHRTR dans l'instance locale est considérée comme un frein important dans sa capacité à devenir à court ou moyen terme un leader régional associatif et reconnu.

c) Enfin, il faut prendre conscience que le développement potentiel d'un campus universitaire impose au CHRTR de revoir et de structurer son fonctionnement et son organisation de travail pour rencontrer les normes et standards universitaires et assurer ainsi, le succès de ce projet. C'est déjà en soi un défi de taille que le CHRTR est appelé à relever, et ce, tout en offrant des services hospitaliers de premier, de second et de troisième niveau, tout en complétant sa fusion et tout en affirmant sa mission régionale en lien avec les réseaux universitaires intégrés de santé. De nouveau, inclure le CHRTR dans une instance locale constitue une menace sérieuse au succès de ce projet universitaire important pour la Mauricie et le Centre-du-Québec.

En conséquence, l'Agence propose d'exclure le CHRTR d'une instance locale trifluvienne. La section 5.1 décline les attentes formulées à l'endroit du CHRTR dans un tel contexte.

3.2.2 Le réseau local de Drummond

Territoire	District sociosanitaire de Drummond (territoire du CLSC Drummond)
Instance locale	Fusion du CHSLD Cœur-du-Québec, du CLSC Drummond et de l'Hôpital Sainte-Croix
Réseau local	• Instance locale sur 4 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 94,0 M$ et 1 540 cadres et salariés équivalents temps complet (ETC). • 38 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 1 entreprise d'économie sociale en aide domestique. • 4 groupes de médecine de famille autorisés. • 16 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population : 91 000 personnes. • 19 municipalités dont Drummondville, comptant environ 60 000 habitants. • Concordance totale avec les territoires de la MRC Drummond et de la Commission scolaire des Chênes.
Motifs de la proposition	• Respect complet des huit paramètres.

3.2.3 Le réseau local d'Arthabaska et de l'Érable

Territoire	Districts sociosanitaires d'Arthabaska et de l'Érable (territoires de CLSC Suzor-Coté et de l'Érable)
Instance locale	Fusion du CHSLD Ermitage, de la MRC d'Arthabaska, du CLSC-CHSLD de l'Érable, du CLSC Suzor-Coté, de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et de l'Hôpital St-Julien.
Réseau local	• Instance locale sur 12 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 101,4 M$ et 1 700 cadres et salariés ETC. • 43 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 2 entreprises d'économie sociale en aide domestique. • 3 groupes de médecine de famille autorisés. • 18 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • CHSLD privé conventionné : Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population : 91 000 personnes. • 37 municipalités dont Victoriaville et Plessisville comptant environ 39 000 et 6 800 habitants respectivement. • Concordance totale avec les territoires de la MRC d'Arthabaska (66 330 personnes) et de la MRC de l'Érable (24 655 personnes). • Concordance avec le territoire de la Commission scolaire des Bois-Francs sauf pour deux localités desservies par la Commission scolaire de l'Amiante. • Divers organismes communautaires, socioéconomiques et de services uniques pour les deux territoires.
Motifs de la proposition	• La grande majorité de la population des districts sociosanitaires d'Arthabaska (89 %) et de l'Érable (80 %) consomme ses services hospitaliers à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDA). • Aucun motif ne peut exclure HDA de l'instance locale. • Pertinence et capacité de créer une masse critique. • Fortes habitudes de concertation entre les établissements publics de ces 2 districts, de même qu'à d'autres niveaux de développement économique et social.

3.2.4 Le réseau local de Bécancour et Nicolet-Yamaska

Territoire	Districts sociosanitaires Bécancour et Nicolet-Yamaska (territoires de CLSC Les blés d'or et Nicolet-Yamaska)
Instance locale	Fusion du Centre de santé Les blés d'or et du Centre de santé Nicolet-Yamaska
Réseau local	• Instance locale sur 11 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 37,9 M$ et 660 cadres et salariés ETC. • 31 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 2 entreprises d'économie sociale en aide domestique. • 2 groupes de médecine de famille autorisés. • 10 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • CHRTR. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population : 43 400 personnes. • 30 municipalités, dont 2 communautés amérindiennes, et les municipalités de Bécancour et Nicolet comptant plus de 5 000 habitants. • Concordance totale avec le territoire de la MRC Bécancour (19 300 personnes) et Nicolet-Yamaska (24 120 personnes). • Concordance presque totale avec le territoire de la Commission scolaire La Riveraine, sauf pour une localité incluse dans la Commission scolaire des Bois-Francs. • Divers organismes communautaires et socioéconomiques uniques pour les deux territoires.
Motifs de la proposition	• L'exclusion du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et le paramètre relatif au respect du contour des régions administratives font en sorte que les districts Bécancour et Nicolet-Yamaska ne sauraient être jumelés à un réseau local de Trois-Rivières. • Le paramètre à l'effet qu'un district ne peut être joint à un territoire de réseau local où opère un CH que dans la mesure où la majorité de sa population consomme ses services dans cet hôpital a pour effet d'exclure un regroupement du district de Bécancour avec celui des Bois-Francs et de celui de Nicolet-Yamaska avec celui de Drummond. Le CHRTR constitue le centre hospitalier le plus utilisé par la population des districts de Bécancour (61 %) et de Nicolet-Yamaska (48 %). • En respectant les autres paramètres, il est possible et pertinent de réunir les deux districts de Bécancour et de Nicolet-Yamaska pour créer une masse critique et une marge de manœuvre pour les fins présentées au paramètre 5. • En respectant les autres paramètres, il est possible et pertinent de jumeler ces deux territoires dont la population a des habitudes de consommation de services hospitaliers comparables (une majorité consomme à Trois-Rivières, une fraction importante se répartit entre les territoires voisins de Sorel, Drummond, Arthabaska et Québec). La nouvelle instance, compte tenu de sa

Motifs de la proposition ***(suite)***	taille et de sa population, sera plus à même de transiger avec le CHRTR et les instances locales voisines et de faire valoir les besoins de sa population. • En respectant les autres paramètres, il est possible et pertinent de jumeler ces deux territoires dont plusieurs organismes communautaires, scolaires et socio-économiques ont une responsabilité par rapport au développement social et économique de ce territoire unifié. • Enfin, la proposition permet de jumeler deux territoires majoritairement ruraux et où le rapport rural / urbain est équilibré, contrairement à la situation prévalant sur la rive nord du fleuve Saint-Laurent.

3.2.5 Le réseau local de Maskinongé

Territoire	District sociosanitaire de Maskinongé (territoire du Centre de santé de la MRC de Maskinongé)
Instance locale	Centre de santé de la MRC de Maskinongé
Réseau local	• Instance locale sur 4 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 22,0 M$ et 355 cadres et salariés ETC. • 14 organismes communautaires reconnus en santé et en services sociaux. • 1 entreprise d'économie sociale en aide domestique. • 5 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • CHRTR. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population de 23 650 personnes. • 12 municipalités dont la municipalité de Louiseville comptant plus de 5 000 habitants. • Concordance partielle avec le nouveau territoire de la MRC de Maskinongé issu de la dernière réforme municipale. Le nouveau territoire compte 5 municipalités et 11 400 personnes de plus. • La Commission scolaire du Chemin-du-Roy couvre 8 des 12 municipalités (64 % de la population), les autres étant desservies par la Commission scolaire de l'Énergie. • La population du district sociosanitaire de Maskinongé consomme 84 % de ses services hospitaliers au CHRTR. • La population des localités qui se sont ajoutées à la MRC de Maskinongé (St-Élie, Charrette, Saint-Boniface, Saint-Mathieu et Saint-Étienne-des-Grès) utilise majoritairement les services hospitaliers de Shawinigan.
Motifs de la proposition	• L'exclusion du CHRTR de l'instance locale crée un contexte différent que celui prévalant, par exemple, dans les Bois-Francs. La question qui se pose est de savoir si le territoire doit être joint à celui de la ville de Trois-Rivières (131 000 habitants) ou s'il doit être considéré, seul, comme un territoire de réseau local. • Dans le contexte actuel, tout en étant conscient du poids que cette option fait porter sur l'instance locale en matière de gestion efficiente et efficace des services du fait de sa petite taille relative, la proposition est à l'effet de considérer le territoire du Centre de santé de la MRC de Maskinongé comme un territoire de réseau local. Les motifs sont : ◦ Malgré l'intérêt de créer une masse critique justifiée par une population d'environ 155 000 personnes, le jumelage d'un territoire essentiellement rural à un territoire fortement urbain, avec un rapport populationnel rural / urbain de 18 % - 82 %, l'absence d'habitudes de concertation entre les territoires en cause, la rareté des instances socioéconomiques ou

Motifs de la proposition ***(suite)***	communautaires se consacrant au développement social et économique du territoire spécifique de la ville de Trois-Rivières et de la MRC de Maskinongé considérés ensemble, la prise en compte des dynamiques de développement social et de développement économique existants sont des arguments qui militent en faveur de ne pas jumeler les territoires en cause, tant que le CHRTR n'est pas inclus dans une instance locale.

3.2.6 Le réseau local de Trois-Rivières

Territoire	Districts sociosanitaires de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine (territoires de CLSC Les Forges et Cloutier-du Rivage)
Instance locale	Fusion du CHSLD Le Trifluvien, du Centre de santé Cloutier-du Rivage et du CLSC Les Forges
Réseau local	• Instance locale sur 8 sites avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 73,3 M$ et 1 170 cadres et salariés ETC. • 71 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 1 entreprise d'économie sociale en aide domestique. • 38 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • CHRTR. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population de 131 000 personnes. • 2 municipalités dont la ville de Trois-Rivières qui compte 127 000 personnes vivant exclusivement en milieu urbain. • Territoire de 400 km^2 avec une forte densité de 328 personnes par km^2. • Concordance avec le territoire de la ville de Trois-Rivières auquel s'ajoute la municipalité de Saint-Étienne-des-Grès. • Territoire entièrement inclus dans celui de la Commission scolaire du Chemin-du-Roy.
Motifs de la proposition	• Que le CHRTR soit ou non inclus dans l'instance locale, les territoires de CLSC Cloutier-du Rivage et Les Forges forment un ensemble homogène, densément peuplé, dont les habitudes de consommation de la population et les habitudes de concertation en matière de développement économique et social sont très convergentes. Cette dynamique a été renforcée par la création de la ville de Trois-Rivières. • Création d'une masse critique en jumelant les territoires desservant 131 000 personnes, soit 27 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

3.2.7 Le réseau local de la Vallée-de-la-Batiscan

Territoire	Districts sociosanitaires des Chenaux et Mékinac (territoire de CLSC Vallée-de-la-Batiscan)
Instance locale	Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
Réseau local	• Instance locale sur 6 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 19,5 M$ et 325 cadres et salariés ETC. • 14 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 2 entreprises d'économie sociale en aide domestique. • 6 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • CHRTR. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population de 25 200 personnes. • 23 municipalités, aucune ne comptant plus de 5 000 habitants. • Concordance presque totale avec le territoire de la MRC Mékinac et celui de la MRC des Chenaux, sauf en ce qui a trait à l'ajout d'une municipalité (Notre-Dame du Mont-Carmel) à la MRC des Chenaux suite à la dernière réforme municipale. • La Commission scolaire du Chemin-du-Roy couvre la totalité des 9 municipalités du district sociosanitaire des Chenaux, alors que la Commission scolaire de l'Énergie couvre la totalité des 14 municipalités du district sociosanitaire de Mékinac. • La population du district des Chenaux consomme majoritairement ses services hospitaliers au CHRTR (84 %), alors que celle du district Mékinac va majoritairement à Shawinigan (55 %) et au CHRTR (30 %). • Le Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan est issu de la fusion en 2000 d'un CLSC et d'un CHSLD desservant deux territoires ruraux, soit les MRC des Chenaux (12 200) et Mékinac (13 000).
Motifs de la proposition	• L'exclusion du CHRTR de l'instance locale amène à poser les questions suivantes : le territoire du CLSC Vallée-de-la-Batiscan devrait-il être considéré, seul, comme un territoire de réseau local ou devrait-il être jumelé soit au territoire du Centre-de-la-Mauricie, soit à celui de Trois-Rivières ou, encore, devrait-il être scindé en vue d'un jumelage du district des Chenaux avec celui de Trois-Rivières et celui de Mékinac avec celui du Centre-de-la-Mauricie ? • Dans le contexte actuel, tout en étant conscient du poids que cette option fait porter sur l'instance locale en matière de gestion efficiente et efficace des ressources et des services du fait de sa petite taille relative, la proposition est à l'effet de considérer le territoire de CLSC Vallée-de-la-Batiscan comme un territoire de réseau local de services. Les motifs sont : ◦ La fusion réalisée en l'an 2000 visait, d'une part, à créer un établissement local disposant d'une masse critique et de marges de manœuvre pour les fins présentées au paramètre 5 et, d'autre part, à en faire un acteur signi-

Motifs de la proposition *(suite)*	ficatif pour le développement social de ces deux districts qui ont, comme caractéristiques communes, leur degré élevé de ruralité et leur voisinage immédiat avec des communautés urbaines d'importance, soit Shawinigan et Trois-Rivières. Ces motifs apparaissent toujours fondés en 2004. • L'option de procéder à une défusion du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan vient à l'encontre du premier paramètre visant à ne pas complexifier l'opération « réseaux locaux de services », sauf si cela est jugé vraiment essentiel, ce qui n'est pas le cas. • De plus, le raisonnement tenu pour le district sociosanitaire Maskinongé s'applique au district Mékinac et, plus encore, au district des Chenaux, dont la population de 12 200 personnes serait jumelée à un milieu urbain de 131 000 personnes, advenant une séparation des deux districts.

3.2.8 Le réseau local du Centre-de-la-Mauricie

Territoire	District sociosanitaire du Centre-de-la-Mauricie (territoire du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie)
Instance locale	Fusion du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie et du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM)
Réseau local	• Instance locale sur 6 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 107,3 M$ et 1 600 cadres et salariés ETC. • La mission régionale en santé mentale (hospitalisation de longue durée en santé mentale, évaluation médico-légale en matière criminelle, hospitalisation et hébergement de longue durée double problématique santé mentale/ déficience intellectuelle, suivi intensif dans la communauté de personnes gravement atteintes à l'aide d'équipes déconcentrées et gestion déconcentrée des ressources intermédiaires et de type familial en santé mentale, alcoolisme et toxicomanie) actuellement assumée par le CHCM est confiée à l'instance locale. • 27 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 1 entreprise d'économie sociale en aide domestique. • 1 groupe de médecine de famille autorisé. • 16 cliniques médicales privées et une table médicale territoriale. • 1 CHSLD privé conventionné : Centre Vigi Les Chutes inc. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population de 66 000 personnes. • 6 municipalités dont la ville de Shawinigan comptant 54 600 personnes. • Concordance avec le territoire de la ville de Shawinigan à laquelle s'ajoutent 5 municipalités maintenant regroupées avec les nouvelles MRC de Maskinongé (Charrette, Saint-Élie, Saint-Boniface et Saint-Mathieu) et des Chenaux (Notre-Dame du Mont-Carmel). • Territoire entièrement inclus dans celui de la Commission scolaire de l'Énergie.
Motifs de la proposition	• Respect complet des huit paramètres.

3.2.9 Le réseau local du Haut Saint-Maurice

Territoire	District sociosanitaire du Haut Saint-Maurice (territoire du Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice)
Instance locale	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice
Réseau local	• Instance locale sur 2 sites, avec un budget annuel d'opération 2003-2004 de 23,5M$ et 390 cadres et salariés ETC. • 11 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. • 1 entreprise d'économie sociale en aide domestique. • 4 cliniques médicales privées, en voie de regroupement pour constituer un groupe de médecine de famille. • Pharmacies privées. • Établissements à mission régionale. • Ressources intermédiaires et de type familial. • Certaines ressources privées.
Caractéristiques du territoire	• Population de 16 325 personnes dont environ 20 % est amérindienne. • 6 municipalités dont La Tuque comptant plus de 10 000 habitants, et deux réserves amérindiennes. • Concordance totale avec le territoire de la MRC du Haut Saint-Maurice. • Territoire entièrement inclus dans celui de la Commission scolaire de l'Énergie.
Motifs de la proposition	• Le CSSS de la Saint-Maurice est déjà un établissement qui intègre trois missions complètes : CLSC, CHSLD et CH. Il est issu d'une fusion réalisée en 1996. • L'éloignement du territoire, à près de deux heures de route de Shawinigan, rend difficile un jumelage efficace et fonctionnel avec le réseau du Centre-de-la-Mauricie. • La grandeur du territoire du Haut Saint-Maurice, son isolement et la présence d'importantes communautés autochtones en font un milieu qui a créé sa propre dynamique de développement social et économique, adapté à sa réalité qui est fort différente de celle du Centre-de-la-Mauricie.

Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Districts sociosanitaires

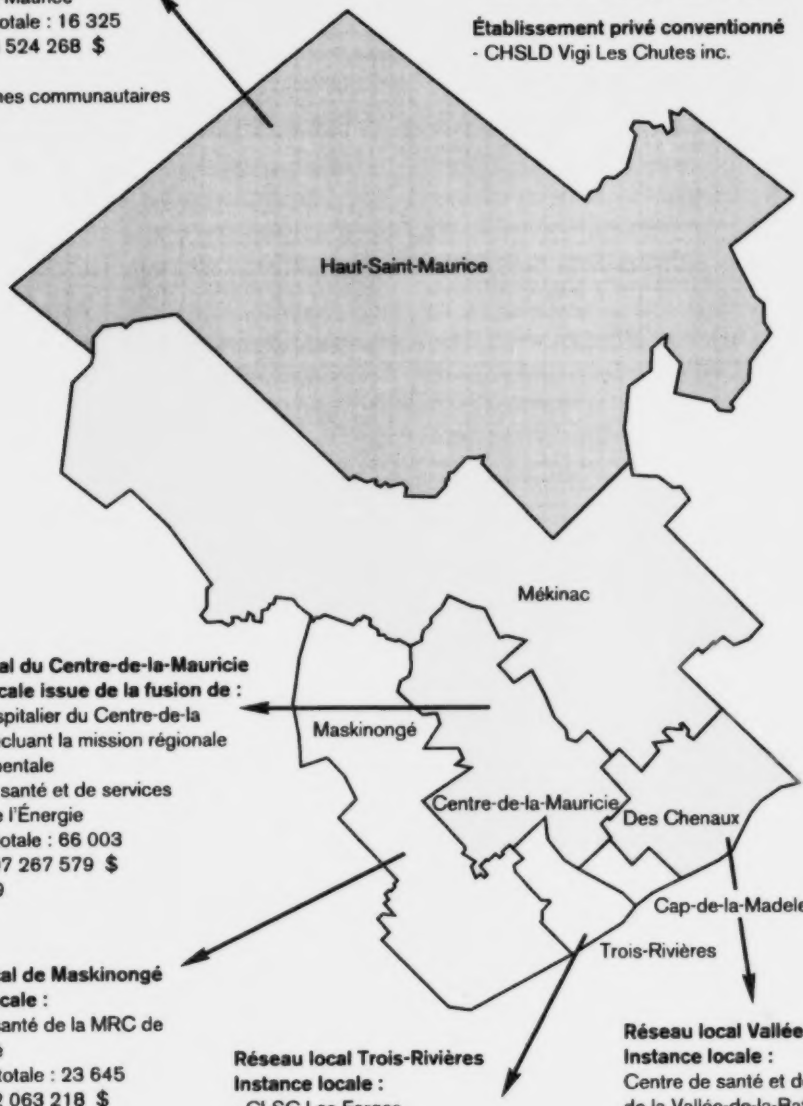
Découpage des territoires de réseau local en Mauricie

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre de services en déficience intellectuelle MCQ
- Centre de réadaptation InterVal
- Domrémy MCQ
- Les Centres jeunesse MCQ
- Programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie

Établissement privé conventionné
- CHSLD Vigi Les Chutes inc.

Réseau local Haut Saint-Maurice
Instance locale :
- Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice

Population totale : 16 325
Budget : 23 524 268 $
ETC : 389
11 organismes communautaires



Réseau local du Centre-de-la-Mauricie
Instance locale issue de la fusion de :
- Centre hospitalier du Centre-de-la Mauricie incluant la mission régionale en santé mentale
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Population totale : 66 003
Budget : 107 267 579 $
ETC : 1 559

Réseau local de Maskinongé
Instance locale :
Centre de santé de la MRC de Maskinongé
Population totale : 23 645
Budget : 22 063 218 $
ETC : 354
14 organismes communautaires

Réseau local Trois-Rivières
Instance locale :
- CLSC Les Forges
- CHSLD Le Trifluvien
- Centre de santé Cloutier-du Rivage

Population totale : 131 036
Budget : 73 291 645 $
ETC : 1 166
71 organismes communautaires

Réseau local Vallée-de-la-Batiscan
Instance locale :
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
Population totale : 25 148
Pop. Mékinac : 12 992
Pop. Des Chenaux : 12 156
Budget : 19 458 867 $
ETC : 326
14 organismes communautaires

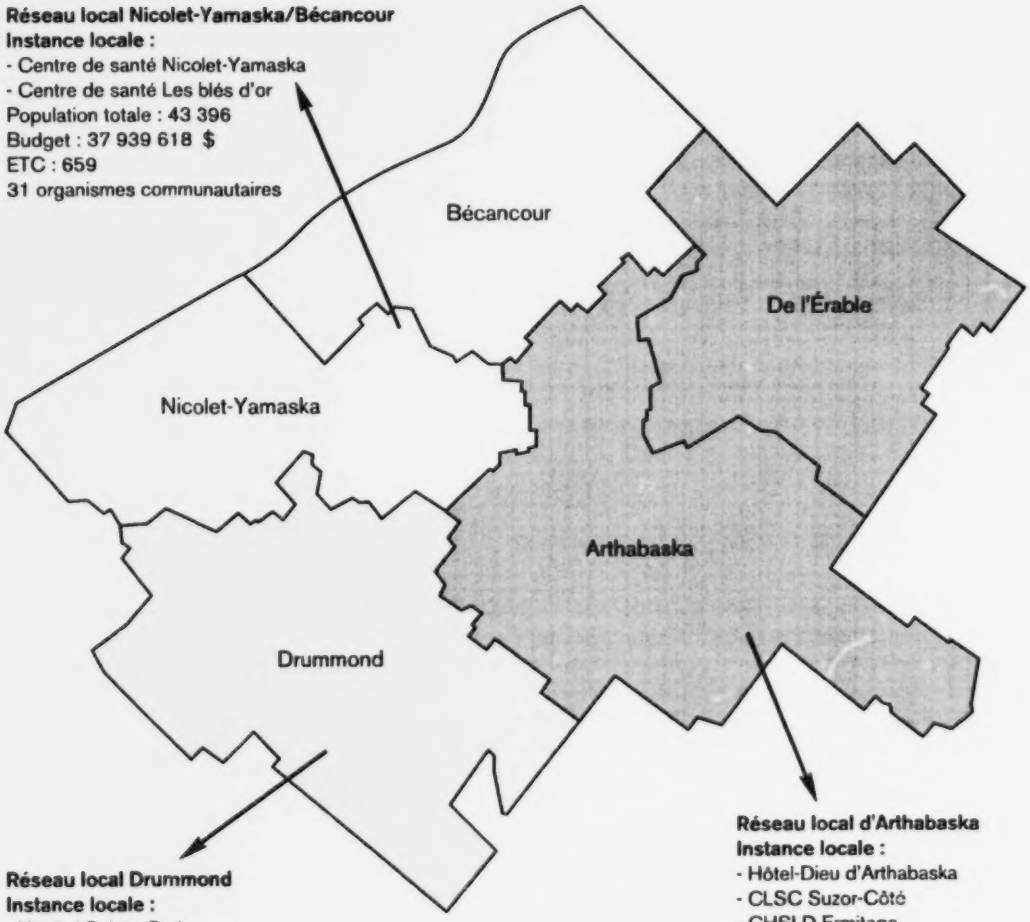
ETC : Equivalent temps complet

Districts sociosanitaires

Découpage des territoires de réseau local au Centre-du-Québec

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre de services en déficience intellectuelle MCQ
- Centre de réadaptation InterVal
- Domrémy MCQ
- Les Centres jeunesse MCQ
- Programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie

Établissement privé conventionné
- Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.



Réseau local Nicolet-Yamaska/Bécancour
Instance locale :
- Centre de santé Nicolet-Yamaska
- Centre de santé Les blés d'or

Population totale : 43 396
Budget : 37 939 618 $
ETC : 659
31 organismes communautaires

Réseau local Drummond
Instance locale :
- Hôpital Sainte-Croix
- CLSC Drummond
- CHSLD Cœur-du-Québec

Population totale : 91 057
Budget : 93 985 574
ETC : 1 539
36 organismes communautaires

Réseau local d'Arthabaska
Instance locale :
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- CLSC Suzor-Côté
- CHSLD Ermitage
- Hôpital St-Julien
- CLSC-CHSLD de l'Érable

Population totale : 90 984
Budget : 97 597 374 $
ETC : 1 657
43 organismes communautaires

Districts sociosanitaires

Découpage des territoires de réseau local en Mauricie

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre de services en déficience intellectuelle MCQ
- Centre de réadaptation InterVal
- Domrémy MCQ
- Les Centres jeunesse MCQ
- Programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie

Établissement privé conventionné
- CHSLD Vigi Les Chutes inc.

Réseau local Haut Saint-Maurice
Instance locale :
- Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice

Population totale : 16 325
Budget : 23 524 268 $
ETC : 389
11 organismes communautaires

Réseau local du Centre-de-la-Mauricie
Instance locale issue de la fusion de :
- Centre hospitalier du Centre-de-la Mauricie incluant la mission régionale en santé mentale
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Population totale : 66 003
Budget : 107 267 579 $
ETC : 1 559

Réseau local de Maskinongé
Instance locale :
Centre de santé de la MRC de Maskinongé
Population totale : 23 645
Budget : 22 063 218 $
ETC : 354
14 organismes communautaires

Réseau local Trois-Rivières
Instance locale :
- CLSC Les Forges
- CHSLD Le Trifluvien
- Centre de santé Cloutier-du Rivage

Population totale : 131 036
Budget : 73 291 645 $
ETC : 1 166
71 organismes communautaires

Réseau local Vallée-de-la-Batiscan
Instance locale :
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
Population totale : 25 148
Pop. Mékinac : 12 992
Pop. Des Chenaux : 12 156
Budget : 19 458 867 $
ETC : 326
14 organismes communautaires

ETC : Equivalent temps complet

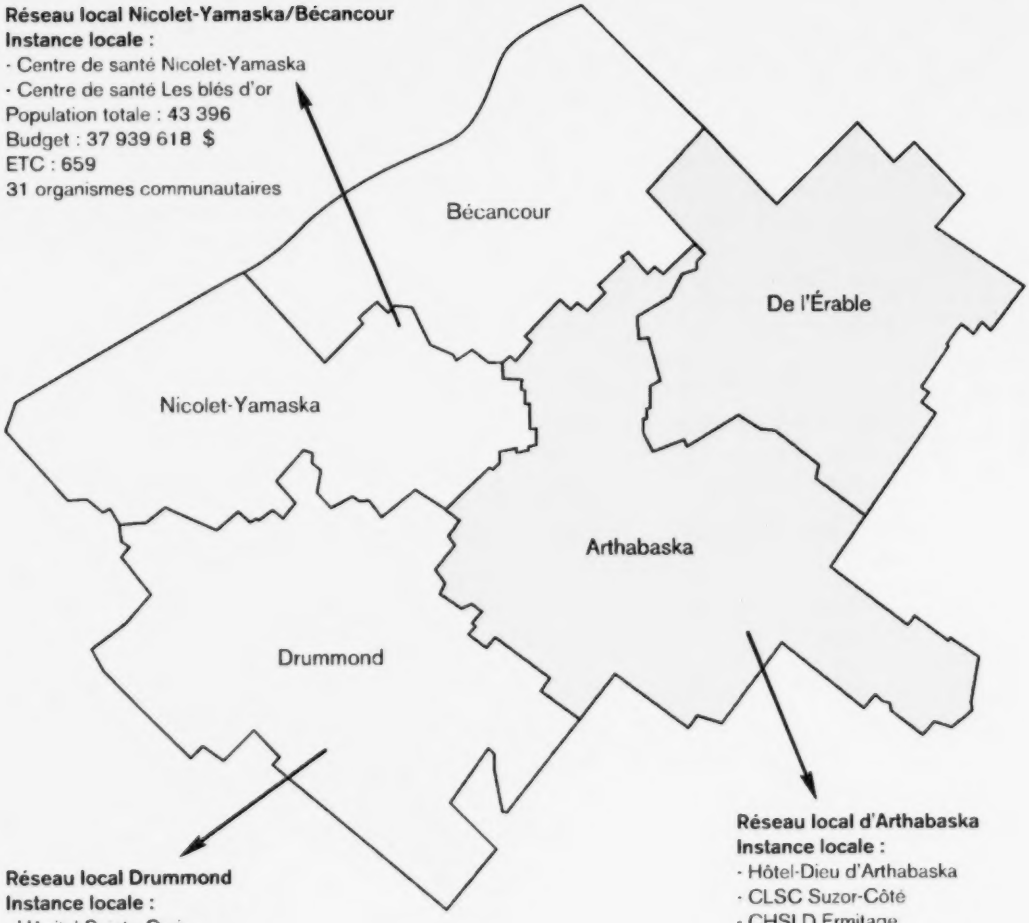
Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Districts sociosanitaires

Découpage des territoires de réseau local au Centre-du-Québec

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre de services en déficience intellectuelle MCQ
- Centre de réadaptation InterVal
- Domrémy MCQ
- Les Centres jeunesse MCQ
- Programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie

Établissement privé conventionné
- Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.



Réseau local Nicolet-Yamaska/Bécancour
Instance locale :
- Centre de santé Nicolet-Yamaska
- Centre de santé Les blés d'or

Population totale : 43 396
Budget : 37 939 618 $
ETC : 659
31 organismes communautaires

Réseau local Drummond
Instance locale :
- Hôpital Sainte-Croix
- CLSC Drummond
- CHSLD Cœur-du-Québec

Population totale : 91 057
Budget : 93 985 574
ETC : 1 539
36 organismes communautaires

Réseau local d'Arthabaska
Instance locale :
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- CLSC Suzor-Côté
- CHSLD Ermitage
- Hôpital St-Julien
- CLSC-CHSLD de l'Érable

Population totale : 90 984
Budget : 97 597 374 $
ETC : 1 657
43 organismes communautaires

4 Balises et attentes à l'endroit des réseaux locaux de services et des instances locales

Maintenant qu'ont été présentées la proposition prévoyant le découpage de la région en territoires de réseau local de services de santé et de services sociaux et la constitution des instances locales correspondantes, il convient de préciser les balises et attentes qui leur sont applicables. Après avoir disposé de quelques concepts et indications préalables, le présent chapitre :

- rappelle les responsabilités dévolues aux instances locales ;
- énonce la liste des services qui, à titre illustratif, doivent être offerts à la population de chacun des territoires locaux par l'instance locale ;
- formule des balises relatives aux ententes de service, aux modalités d'organisation des services, à la standardisation des pratiques, à l'implication des différents groupes professionnels et à la participation de la population.

4.1 Indications préalables

Les chapitres 4 et 5 décrivent les balises et attentes applicables aux réseaux locaux de services, aux instances locales et aux établissements à mission régionale. Or, on y fait référence à quelques concepts clés dont une compréhension commune apparaît souhaitable. C'est pourquoi nous invitons le lecteur à se référer aux définitions et explications qui apparaissent à l'annexe 1 et qui portent sur les concepts suivants :

- les programmes-services ;
- les niveaux d'accès aux services (1ère, 2ième et 3ième lignes) ;
- la hiérarchisation des services (missions locale, régionale et suprarégionale).

Par ailleurs, la compréhension adéquate des balises et attentes à l'endroit des instances locales (chapitre 4) et des établissements à mission régionale (chapitre 5) commande que soient campées dès maintenant certaines orientations relativement :

- aux rôles et responsabilités de l'Agence de santé et de services sociaux ;
- aux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), aux corridors de services et aux corridors de formation.

4.1.1 L'Agence de santé et de services sociaux

Compte tenu des mandats qui lui sont confiés par le ministre et par les lois en vigueur et à la lumière des nombreuses attentes formulées à son endroit dans le cadre de la consultation de ce printemps, il convient de rappeler et de préciser certains rôles et responsabilités qu'exerce l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En outre, le lecteur trouvera des explications complémentaires sur certaines de ses responsabilités au fil des trois prochains chapitres.

a) L'Agence veille à la santé et au bien-être de la population de toute la région et garde une vision régionale de l'organisation des services, centrée sur des objectifs de résultats.

b) L'Agence est imputable de l'offre de service de la région et en assure la coordination globale. Ce rôle va

bien au-delà de l'émission de grandes orientations et du support aux établissements. Entre autres, l'Agence :

1. Convient d'ententes annuelles de gestion et d'imputabilité avec le Ministère et avec chacun des établissements, dans lesquelles des objectifs de résultat sont fixés et pour lesquelles une reddition de comptes périodique et annuelle est réalisée.

2. Coordonne l'ensemble des réseaux locaux de services de même que les activités des établissements et des organismes communautaires.

3. S'assure que les mécanismes d'accès aux services mis en place par les établissements répondent à l'ensemble des situations vécues par les personnes et, s'il y a lieu, effectue les arbitrages requis entre les établissements pour assurer l'accès aux services pour des personnes qui sont dans des situations plus ambiguës quant à l'identité de l'établissement responsable d'offrir les services nécessaires.

4. Planifie les effectifs médicaux :

a. élabore des plans régionaux d'effectifs médicaux qu'elle soumet au ministre pour approbation, et approuve ensuite les plans d'effectifs médicaux des établissements ;

b. émet les avis de conformité au plan régional d'effectifs médicaux pour tout médecin omnipraticien qui désire pratiquer dans la région dans le cadre du régime d'assurance-maladie ;

c. s'assure que toute nomination d'un nouveau médecin spécialiste par le conseil d'administration d'un établissement est conforme au plan d'effectifs médicaux en spécialité autorisé par le ministre; à cette fin, elle donne un avis d'approbation préalablement à toute nomination, déclarant, le cas échéant, que ladite nomination est conforme au plan d'effectifs médicaux. De tels plans d'effectifs médicaux en spécialité autorisés par le ministre existent pour le CHRTR et les futures instances locales d'Arthabaska et de l'Érable (Hôtel-Dieu d'Arthabaska), de Drummond (Hôpital Sainte-Croix), du Centre-de-la-Mauricie (Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie) et du Haut Saint-Maurice (CSSS de la Saint-Maurice). Conséquemment, un médecin spécialiste ne peut être nommé au plan d'effectifs médicaux que dans l'un ou l'autre de ces cinq établissements.

d. à l'égard de la planification des effectifs médicaux en spécialité, l'Agence entend exercer ses fonctions en ayant recours aux balises suivantes :

- la concentration des médecins spécialistes dans les cinq établissements sus-mentionnés s'accompagne de la responsabilité, pour ces derniers, de desservir l'ensemble de leur bassin de desserte respectif, de respecter les corridors de services établis et de déconcentrer le plus possible l'accès aux services ambulatoires lorsqu'applicable ;

- le recours à un médecin spécialiste au sein d'une instance locale, autre que celles mentionnées précédemment ou au sein d'un établissement à mission régionale, peut se faire par l'entremise d'une entente de service bidirectionnelle avec l'un ou l'autre des cinq établissements ayant un plan d'effectifs médicaux en spécialité autorisé par le ministre ;

- compte tenu qu'en avril 2004 il y a des médecins spécialistes en place dans certains centres de santé du bassin de desserte du CHRTR, l'Agence entend appliquer de manière progressive les règles reliées à l'approbation des nominations de médecins spécialistes, en procédant d'abord à une analyse de chacune de ces situations et en impliquant les instances locales en cause ainsi que le CHRTR et ses départements médicaux concernés ;

e. par l'entremise du Département régional de médecine générale, autorise les activités médicales particulières conformément aux ententes intervenues entre le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

5. Établit un partenariat avec les réseaux universitaires intégrés de santé.

6. Favorise les relations avec les autres régions.

7. Organise et assure l'exercice des fonctions de santé publique, notamment en soutenant l'implantation des plans d'action locaux de santé publique.

8. Établit un partenariat avec les principaux acteurs de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui oeuvrent dans des secteurs autres que la santé et les services sociaux, notamment le milieu municipal et ceux de l'éducation et de l'enseignement collégial et universitaire, du développement régional, de l'environnement, de la sécurité publique, de l'emploi et de la solidarité sociale.

9. Gère les services préhospitaliers d'urgence.

10. Alloue les budgets destinés aux établissements et les subventions aux organismes communautaires et en assure le contrôle.

11. Assure une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de la région.

c) L'Agence exerce un leadership pour induire et soutenir le changement en faveur de la création des réseaux locaux de services, notamment :

- En supportant les acteurs du réseau en matière de gestion des ressources humaines, financières, matérielles ainsi qu'au niveau des technologies de l'information, de l'amélioration continue de la qualité des services et de la reddition de comptes, tel qu'explicité aux chapitres suivants.

- En veillant, auprès des instances locales et des partenaires concernés de chaque territoire et de la région, à ce que les démarches, les ententes et modalités requises pour la réalisation des réseaux locaux et la hiérarchisation des services voient le jour et soient fonctionnelles.

- En conduisant des travaux au niveau régional, avec l'implication des instances locales et des établissements à mission régionale concernés, en vue de développer des cadres de référence, des ententes-type et d'autres outils susceptibles de faciliter la mise en place des réseaux locaux de services.

- En effectuant les arbitrages requis lorsque nécessaire.

4.1.2 Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

Avant d'aborder les balises que la proposition met de l'avant quant à l'arrimage des RUIS avec le modèle d'organisation envisagé pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, il est pertinent de jeter un coup d'œil sur le portrait actuel des corridors de services et des corridors de formation liant notre région aux régions universitaires.

Comme en fait foi le tableau 4, le profil de consommation de la population de la région démontre, qu'en 2002-2003, 85 % des épisodes d'hospitalisation ont eu lieu dans un centre hospitalier de la région, 5,5 % à Montréal, 4,3 % à Québec et 2,3 % en Estrie. Lorsque l'on ne considère que les soins ultraspécialisés prodigués très majoritairement par des centres hospitaliers universitaires, on constate que la population de notre région est hospitalisée à Montréal une fois sur deux, à Québec une fois sur quatre et à Sherbrooke une fois sur dix. Notons aussi que 15 % des citoyens ont été hospitalisés dans notre propre région pour des soins ultraspécialisés en 2002-2003. Ces données tendent à démontrer que des corridors de services significatifs, qu'ils soient ou non formalisés par une entente signée, existent entre les centres hospitaliers de notre région et ceux des régions universitaires de Montréal, de Québec et, dans une moindre mesure, de l'Estrie.

Par ailleurs, en mars 2004, le Ministère confirmait les stages d'externat et de résidence pour le Programme de formation médicale décentralisée qui sont autorisés pour la Mauricie et le Centre-du-Québec du 1er juillet 2003 au 30 juin 2004. Un total de 208 mois-stages sont autorisés, dont 26 pour des étudiants provenant de l'Université Laval et 182 de l'Université de Sherbrooke. Quinze mois-stages sont prévus pour le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, dont 14 en lien avec l'Université Laval. Il y a 80 mois-stages pour le CHRTR, dont 12 avec l'Université Laval et 68 avec l'Université de Sherbrooke, 75 pour l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, tous en lien avec l'Université de Sherbrooke et 48 mois-stages à l'Hôpital Sainte-Croix ou à une clinique médicale associée, tous en lien avec l'Université de Sherbrooke. Ces données démontrent la forte présence de l'Université de Sherbrooke au niveau des corridors de formation ainsi que celle, moins substantielle, de l'Université Laval.

Les données qui précèdent mettent en évidence que les trois régions universitaires sont actives dans notre région, mais avec des emphases fort différentes : Montréal offre la moitié des corridors de services mais aucun corridor de formation, Sherbrooke offre près de 90 % des corridors de formation et Québec est bon deuxième tant en ce qui concerne les corridors de services que les corridors de formation en médecine. Cela étant, notre région est en attente d'une décision ministérielle concernant l'établissement des zones d'influence des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Pour l'instant, les indications en provenance du Ministère sont à l'effet que les districts sociosanitaires de Drummond, d'Arthabaska et de l'Érable feraient partie du territoire d'influence du RUIS de l'Université de Sherbrooke alors que les districts sociosanitaires de Bécancour et Nicolet-Yamaska de même que tous les districts sociosanitaires de la Mauricie seraient inclus dans le territoire d'influence du RUIS de l'Université de Montréal. L'Agence est en accord avec cette hypothèse. Tout cela reste à confirmer.

Dans l'intervalle, l'Agence entend travailler étroitement avec les RUIS de l'Université Laval, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke. Par ailleurs, il est attendu que ces trois réseaux, qu'ils soient ou non désignés pour exercer une zone d'influence en Mauricie et au Centre-du-Québec, tiennent compte des éléments suivants dans la réalisation de leurs mandats et activités :

- Tel que mentionné à la section 2.3 du présent document, la région se donne pour objectifs de garantir la présence d'un maximum de services spécialisés et surspécialisés dans la région, d'accroître la rétention de la population de la région au niveau des services spécialisés et surspécialisés et d'augmenter significativement la capacité des réseaux locaux de services et des établissements à mission régionale à retenir et à recruter des effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, des infirmières bachelières et des infirmières cliniciennes ainsi que d'autres catégories de professionnels.

Tableau 4 **Profil de consommation de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans les régions universitaires du Québec pour des épisodes d'hospitalisation au cours de l'année 2002-2003**

ÉPISODES D'HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE								
Districts sociosanitaires	Soins généraux		Soins spécialisés		Soins ultraspécialisés		Tous les épisodes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Estrie	427	1,1 %	409	4,2 %	339	10,4 %	1 175	2,3 %
Mauricie et Centre-du-Québec	35 305	92,9 %	7 500	77,6 %	497	15,2 %	43 302	85,0 %
Montréal-Centre	458	1,2 %	730	7,6 %	1 626	49,7 %	2 814	5,5 %
Québec	714	1,9 %	687	7,1 %	781	23,9 %	2 182	4,3 %
Autres régions	1118	2,9 %	338	3,5 %	29	0,8 %	1 485	2,9 %
Toutes les régions du Québec	38 022		9 664		3 272		50 958	

Source : Med Echo

- La proposition de l'Agence prévoit la présence d'un leader régional, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), qu'il faut consolider. La section 5.1 décrit les attentes formulées à l'endroit du CHRTR à titre de centre hospitalier assumant une mission régionale pour la totalité de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en collaboration avec les instances locales et en tenant compte des activités des RUIS.

- Il est attendu que l'Agence participe aux RUIS des universités de Sherbrooke, de Montréal et, le cas échéant, de l'Université Laval. De même, il est attendu que les établissements de la région participent aux RUIS des universités avec lesquels ils sont en lien de formation clinique.

- La Mauricie et le Centre-du-Québec comptent sur la présence de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui dispense divers programmes de formation dans le dor ine de la santé (sciences infirmières, sages-femmes, psychologie, psychoéducation, etc.), ainsi que sur la présence de quatre collèges d'enseignement, qui, en collaboration avec l'UQTR, dispensent le programme « Dec-Bacc » en formation infirmière intégrée. La reconnaissance à un RUIS d'une zone d'influence en Mauricie ou au Centre-du-Québec ne saurait permettre l'extension de cette zone d'influence à des domaines autres que la médecine, sans qu'il n'en ait été préalablement convenu avec l'Agence ainsi qu'avec les maisons d'enseignement de la région dont particulièrement l'UQTR.

4.1.3 Les corridors de formation

Un « corridor de formation » correspond à une entente formelle entre une faculté de médecine et un établissement, en vertu de laquelle se réalisent dans l'établissement des stages de formation ou des résidences pour les étudiants de la faculté de médecine. Ces stages et résidences peuvent être en médecine familiale ou en spécialité. Ils exigent, de la part de l'établissement, une structuration de l'encadrement des stagiaires et résidents qui rencontre les exigences universitaires. Tel qu'illustré, plusieurs centres hospitaliers de la région ont déjà et continueront d'avoir des « corridors de formation » avec des facultés de médecine du Québec.
Il s'ensuit que les instances locales et le CHRTR devront convenir de corridors de formation avec les facultés de médecine de l'Université de Sherbrooke et de l'Université de Montréal dans le respect des zones d'influence des RUIS. Inversement, ces corridors de formation devront être établis en tenant compte du bassin de desserte local du CHRTR et de sa mission régionale. Il en est de même pour des corridors de formation éventuellement convenus avec le RUIS de l'Université Laval.

Dans une situation optimale, chaque instance locale qui inclut un centre hospitalier devrait pouvoir compter sur une unité de médecine de famille. Celle-ci aurait la responsabilité de rejoindre la population du territoire local et d'autres territoires en entente de service avec l'instance locale.

Bien entendu, de tels « corridors de formation » existent dans d'autres domaines professionnels que la médecine. À ce sujet, d'ici à ce que s'instaurent des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux qui engloberaient les secteurs psychosociaux et de réadaptation, l'Agence encourage fortement et entend soutenir les instances locales et les établissements à mission régionale à établir des corridors de formation avec le milieu collégial de la région, avec l'Université du Québec à Trois-Rivières et avec les instituts universitaires québécois actifs dans ces secteurs. Les sections 5.2.1 et 6.1 abordent les thèmes de l'arrimage avec les milieux de l'enseignement, la formation, la recherche et le développement de l'expertise.

4.1.4 Les corridors de services

Les « corridors de services » sont en fait des liens de desserte, normalement établis en vertu d'ententes formelles de service. Les « corridors de services » permettent au professionnel d'un établissement à mission locale d'obtenir, pour l'un ou l'autre de ses usagers, l'accès aux services spécialisés ou surspécialisés offerts par un établissement à mission régionale ou suprarégionale.

Selon les besoins de la personne, cet accès peut prendre la forme d'une consultation entre professionnels, d'une référence de la personne vers l'établissement régional ou suprarégional pour une consultation ou d'un transfert pur et simple de la personne à l'autre établissement pour évaluation, traitement ou hospitalisation. Ces « corridors de services » prévoient normalement la

planification du retour de la personne dans son milieu et la circulation de l'information pertinente sur l'état clinique de la personne entre les professionnels des établissements en cause.

Bref, l'instauration de « corridors de services » par l'entremise d'ententes formelles vise à améliorer l'efficacité des liens entre les établissements afin de rendre plus fluide la trajectoire de la personne dans le système de soins. Toutefois, de telles ententes et de tels corridors n'ont pas pour objectif de restreindre le droit de toute personne de choisir son professionnel ou son établissement, tel qu'énoncé à l'article 6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il est prévu que les RUIS formulent des recommandations sur les corridors de services tertiaires et quaternaires à établir avec les instances locales et établissements de la région, en concordance avec leur zone d'influence respective. C'est donc dire que, pour l'essentiel, des corridors de services seront convenus avec les centres hospitaliers universitaires des RUIS désignés par le ministre comme étant en responsabilité par rapport à la Mauricie et au Centre-du-Québec. Toutefois, il demeure possible dans certaines circonstances et en tenant compte d'un historique de relations inter établissements, qu'un corridor de services tertiaires et quaternaires puisse être maintenu ou convenu avec un centre hospitalier universitaire d'un autre RUIS.

Considérant les rôles de l'Agence en ce qui a trait aux relations interrégionales et aux RUIS, considérant qu'un corridor de services réfère à une entente formelle, considérant les objectifs additionnels que la région s'est donnée à la section 2.1 de la présente proposition de modèle, compte tenu de la logique de hiérarchisation des services et dans la perspective d'un centre hospitalier responsabilisé pour jouer le rôle de leader régional, il est prévu que :

- toute entente relative à un corridor de services hors région, que ce soit pour des services hospitaliers de niveau secondaire, tertiaire ou quaternaire, ne peut avoir cours qu'après autorisation de l'Agence de santé et de services sociaux. Cette autorisation prendra notamment en considération l'impact de ces corridors sur la capacité de réponse des établissements de la région, sur la continuité des services de même que sur l'implantation progressive du leadership régional du CHRTR et des zones d'influence des RUIS décidées par le ministre. À brève échéance, l'Agence verra à identifier avec les établissements en cause, les corridors de services devant être privilégiés ou maintenus à court terme ;

- toute entente relative à un corridor de services hors région sera portée de façon transparente à la connaissance des instances locales de la région et du CHRTR ;

- ces deux modalités s'appliquent, avec les adaptations requises, aux corridors de services hors région requis dans les secteurs des services psychosociaux et de la réadaptation.

4.2 Les responsabilités dévolues aux instances locales

Nous l'avons vu au second chapitre sur les assises du modèle d'organisation proposé, le véritable défi qu'il faut relever est de responsabiliser les organisations et les acteurs à agir collectivement pour offrir des services plus accessibles et mieux intégrés.

Deux principes orienteront l'action en vue de mieux intégrer les services. Ils sont explicités dans le document d'orientation ministériel intitulé *L'intégration des services de santé et des services sociaux.*

La responsabilité populationnelle

« En vertu de ce premier principe, les différents intervenants dispensant des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible (...) et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. La priorité sera accordée à certaines clientèles. »

La hiérarchisation des services

« Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et

de troisième lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils prévoiront autant le recours aux services de deuxième et de troisième lignes que la planification des services de première ligne qui seront offerts à l'usager lors de son retour dans son milieu de vie. »

L'annexe 1 précise le concept des niveaux d'accès aux services. Or, le succès du projet d'intégration des services repose sur la création de réseaux locaux de services dont le pivot et le moteur principal est l'instance locale. Étant imputable de l'accès aux services de santé et aux services sociaux requis par la population de son territoire, l'instance locale a le mandat et la responsabilité :

a) D'accueillir, de diriger, d'accompagner et de soutenir la personne dans sa trajectoire à l'intérieur de l'ensemble des services que sa situation requiert.

b) D'offrir les services sociaux et de santé de première et de deuxième lignes normalement attendus d'une instance locale conformément aux différentes orientations et cadres de référence régionaux et provinciaux. À défaut de la présence d'un centre hospitalier au sein même de l'instance, l'instance s'assure de l'accès par la population du territoire aux services hospitaliers en question par le biais d'ententes de services avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ou avec une autre instance locale, selon le cas. En tout temps, la mission de première ligne demeure une priorité de l'instance.

c) De coordonner, par le biais d'ententes ou autres modalités, les activités et les services de première et de deuxième lignes qui se trouvent dans le réseau local, qu'ils soient dispensés par des établissements à mission régionale, des groupes de médecine de famille, des cliniques médicales privées, des pharmacies privées du territoire, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées, des ressources intermédiaires ou de type familial.

d) De garantir à la population de son territoire l'accès aux services spécialisés disponibles en Mauricie et au Centre-du-Québec ainsi que l'accès à des services surspécialisés en région et ailleurs au Québec, par le biais d'ententes ou autres modalités adaptées aux divers programmes-services et convenues avec l'implication des établissements à mission régionale.

e) De mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux.

f) D'instaurer des protocoles cliniques à l'égard des services offerts aux usagers.

g) De favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux, dont les maisons d'enseignement et le monde municipal.

h) De s'assurer de la participation des ressources humaines.

i) De définir des modalités de participation de la population.

j) De conduire une démarche territoriale en vue de susciter l'émergence d'un projet clinique et organisationnel pour la population de son territoire, aboutissant à terme à un réseau local de services fonctionnel et efficace. Ce projet devra intégrer les orientations et paramètres ministériels et régionaux par programmes-services ou pour d'autres thèmes. Ce projet servira éventuellement de base à la conclusion d'une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence.

4.3 Les services offerts par les instances locales

La section 4.3 précise les services normalement attendus de la part des instances locales, en se basant sur ce qui existe déjà dans la région et les territoires. **Cela demeure tout de même une liste générique présentée aux seules fins d'illustrer la responsabilité générale de l'instance locale en tant que producteur de services. L'absence dans un territoire donné d'un service en particulier ne signifie pas qu'il doit être automatiquement mis sur pied.**

En effet, **ce n'est qu'après avoir franchi certaines étapes qu'il sera possible de déterminer la liste plus définitive des services attendus de la part de chacune des huit instances locales avec, le cas**

échéant, des balises quant à la nature, l'ampleur, l'intensité et l'accessibilité desdits services. Auparavant, l'instance locale devra être formée et devra ensuite conduire une démarche territoriale faisant émerger un projet clinique et organisationnel de services à la population. Ce projet devra intégrer et respecter les orientations et paramètres nationaux et régionaux existants, qu'il s'agisse de plans stratégiques triennaux, d'orientations applicables à un programme-services, de cadres de référence sur l'organisation de tel ou tel service, de priorités ministérielles annuelles ou d'autres documents ministériels ou régionaux d'encadrement de l'action du réseau. Sur cette base, une entente de gestion et d'imputabilité entre l'instance locale et l'Agence sera convenue.

4.3.1 Des services et des interventions de santé publique pour la population et pour les clientèles vulnérables

Ce sont des actions qui visent la promotion, la prévention et la protection de la santé, telles qu'explicitées dans le *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006*, adopté le 17 décembre 2003. Le plan met de l'avant cinq cibles prioritaires régionales et identifie d'autres actions de santé publique s'adressant à la petite enfance (0 à 5 ans), à l'enfance et la jeunesse (6 à 17 ans), aux adultes (18 à 64 ans), aux aînés (65 ans et plus) et à l'ensemble de la population. Les instances locales sont appelées à mettre en œuvre les plans d'action locaux de santé publique élaborés dans la foulée du plan d'action régional et approuvés par l'Agence.

4.3.2 Des services généraux destinés à l'ensemble de la population

Ce sont habituellement des services ponctuels :

- Information / orientation.
- Info-Santé 24/7 et Info-Social 24/7.
- Services de soins infirmiers avec garde 24 heures par jour et 7 jours par semaine.
- Services diagnostiques de base (imagerie médicale, prélèvements, etc.).
- Services de pharmacie.
- Services médicaux avec et sans rendez-vous donnés par l'instance ou par l'entremise d'ententes avec les groupes de médecine de famille ou les cliniques médicales privées.
- Services de réadaptation ambulatoire tels la physiothérapie, l'inhalothérapie, l'audiologie et l'ergothérapie.
- Services de nutrition clinique.
- Services psychosociaux courants pour les jeunes et les adultes.
- Services d'intervention psychosociale immédiate dans le milieu naturel ou institutionnel disponible 24/7 (intervention en situation de crise).
- Services d'intervention psychologique.
- Services ciblés pour les enfants, les jeunes, les familles, tels que l'accompagnement intensif en périnatalité et petite enfance pour les familles présentant plusieurs facteurs de risque.
- Services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance.
- Services en périnatalité.
- Services d'évaluation et d'intervention précoce auprès de personnes à risque ou aux prises avec un problème de dépendance (alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique).
- Services d'identification précoce ou dépistage en violence conjugale.
- Services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre.
- Services de soutien à domicile pour les personnes qui ont une incapacité temporaire (principalement des services de soins infirmiers et, pendant une période de temps relativement courte selon les besoins, d'autres services de soutien à domicile tels ceux décrits à 4.3.3).

4.3.3 Des services spécifiques destinés aux clientèles particulières et leurs proches

Ces services s'adressent aux personnes en perte d'autonomie due au vieillissement, aux personnes atteintes d'une maladie chronique dont le cancer, aux personnes en fin de vie, aux personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, aux jeunes en difficulté et leur famille, aux personnes aux prises avec des dépendances, aux personnes victimes de violence, aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Ces services sont aussi destinés aux proches de ces personnes.

Ce sont habituellement des services à moyen et long terme :

- Services de soutien à domicile.
- Services médicaux.
- Services de soins infirmiers.
- Services spécialisés tels l'inhalothérapie ou l'antibiothérapie.
- Services de nutrition clinique.
- Services courants de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'audiologie, d'inhalothérapie.
- Services de soutien à la famille et aux proches (gardiennage, répit, dépannage, etc.).
- Services d'aide à domicile (aide domestique, assistance personnelle, etc.).
- Support technique (fournitures, équipements et aides techniques).
- Accès à des services de consultation en psychogériatrie, gériatrie, pédiatrie, accès à un pharmacien.
- Suivi non intensif dans la communauté à l'intention prioritairement des personnes présentant des troubles mentaux graves et persistants dont la stabilité clinique est atteinte, de celles présentant une détresse psychologique importante et de celles qui ont des idéations suicidaires.
- Services de base en santé mentale pour les personnes dont la santé mentale est menacée ou qui vivent un trouble transitoire.
- Services psychosociaux destinés à soutenir et accompagner les jeunes en difficulté et leur famille.
- Services de stimulation précoce, par exemple à l'intention d'enfants présentant des facteurs de vulnérabilité ou à risque de présenter des retards de développement.
- Services psychosociaux.
- Services de réadaptation.
- Soutien à la participation sociale.
- Soins palliatifs et soins de fin de vie.
- Intervention médicosociale d'un centre désigné pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle. En avril 2004, la desserte des territoires des réseaux locaux de services de Trois-Rivières et de Maskinongé ainsi que du district des Chenaux est assumée par le CHRTR et celle du district Mékinac par l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie. S'il y a lieu, des ajustements à ce partage de responsabilité pourront être apportés au cours de l'année 2004-2005.

4.3.4 Des services publics d'hébergement et de soins de longue durée

Les services inclus sous cette rubrique doivent correspondre aux orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* et être dispensés dans le respect des personnes et de leurs droits :

- Soins infirmiers et d'assistance.
- Services de nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie et ergothérapie.
- Services psychosociaux.
- Animation et loisirs.
- Gîte et couvert.

Note : Du fait que certaines instances locales ne comptent aucun centre hospitalier en leur sein (Bécancour / Nicolet-Yamaska, Maskinongé, Trois-Rivières, Vallée-de-la-Batiscan), les attentes qui leur sont adressées en matière de services hospitaliers généraux et spécialisés sont différentes de celles applicables aux instances locales d'Arthabaska et de l'Érable, du Centre-de-la-Mauricie et de Drummond. Il en est de même pour le Haut Saint-Maurice, dont les services hospitaliers sont de moindre envergure. Cela explique pourquoi les attentes en matière de services hospitaliers sont présentées de façon regroupée, selon le profil des instances locales envisagées. Les sous-sections 4.3.5, 4.3.6, 4.3.7 et 4.3.8 sont construites selon cette logique.

4.3.5 Des services hospitaliers généraux et spécialisés, dispensés par les instances locales d'Arthabaska et de l'Érable, du Centre-de-la-Mauricie et de Drummond

- Urgence 24/7.
- Accès à des spécialités médicales et chirurgicales de niveau local, conformément au cadre de référence *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier et caractéristiques des établissements selon leur catégorie* : anesthésie, chirurgie générale, orthopédie, obstétrique et gynécologie, médecine interne, pédiatrie, psychiatrie incluant la pédopsychiatrie, anatomopathologie, radiologie.
- Maintien des spécialités médicales et chirurgicales déjà disponibles dans l'instance et classées de niveau régional selon le même cadre de référence notamment : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, urologie, médecine nucléaire, dermatologie, hématologie et gériatrie.
- Accès à des services déconcentrés de dialyse rénale en lien avec le CHRTR
- Plateaux techniques et diagnostiques de base et spécialisés en imagerie médicale, radiologie et laboratoires.
- La désignation de centre de traumatologie secondaire est maintenue pour l'instance locale d'Arthabaska et de l'Érable et pour celle de Drummond.
- Le mandat régional en santé mentale est maintenu sous la responsabilité de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie.

4.3.6 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés par l'instance locale du Haut Saint-Maurice

- Urgence 24/7.
- Hospitalisation, chirurgie d'un jour, médecine de jour et clinique ambulatoire spécialisée en hématologie.
- Accès à des spécialités médicales et chirurgicales de niveau local, conformément au cadre de référence : anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, radiologie, obstétrique et gynécologie, psychiatrie.
- Plateaux techniques et diagnostiques de base et spécialisés en imagerie médicale, incluant la tomographie et laboratoires.
- L'instance locale formalise des ententes de service bidirectionnelles avec d'autres instances locales ou établissements pour assurer l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés à la population de son territoire.
- La désignation de centre de traumatologie primaire est maintenue pour l'instance locale du Haut Saint-Maurice.

4.3.7 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés par les instances locales de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour et Nicolet-Yamaska

- Urgence 24/7.
- Lits de courte durée pour soins gériatriques.
- Cliniques ambulatoires spécialisées déconcentrées.
- Plateaux techniques et diagnostiques de base en imagerie médicale et laboratoires.
- L'instance locale formalise des ententes de service bidirectionnelles particulièrement avec le CHRTR et,

si nécessaire, avec d'autres instances locales et établissements pour assurer l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés à la population de son territoire. Le CHRTR participe aux mécanismes de coordination du réseau local animés par chacune des instances locales. Par ailleurs, les instances locales d'Arthabaska et de l'Érable, du Centre-de-la-Mauricie et de Drummond ont la responsabilité de convenir de telles ententes avec celles de Bécancour et Nicolet-Yamaska, Maskinongé ou Trois-Rivières, selon le cas.

- L'instance locale doit formaliser des ententes de service avec le CHRTR pour donner accès à des services ambulatoires spécialisés déconcentrés offerts sur le site de l'instance, à partir du plan d'effectifs médicaux du CHRTR. Celles-ci doivent tenir compte des précisions apportées à la sous-section 4.1.1. De plus, elles doivent viser la déconcentration de l'accès aux services spécialisés ambulatoires, lorsque possible et souhaitable. En outre, elles doivent porter sur les spécialités diagnostiques de base associées au maintien du fonctionnement des salles d'urgence, et ce, jusqu'à la révision de l'organisation des services d'urgence de ce bassin.

- Les services hospitaliers de l'instance locale de Trois-Rivières doivent être planifiés, organisés et coordonnés comme étant complémentaires à ceux offerts par le CHRTR pour la population de la ville de Trois-Rivières. Par conséquent, une entente entre cette instance locale et le CHRTR doit formaliser cette complémentarité.

- L'instance locale de Bécancour et Nicolet-Yamaska opère une « Maison des naisances » où sont dispensés des services de sage-femmes.

4.3.8 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés par l'instance locale de la Vallée-de-la-Batiscan

- Accès à des services diagnostiques de base en imagerie médicale et des services de prélèvements.

- L'instance locale formalise des ententes de service bidirectionnelles, particulièrement avec le CHRTR et l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie et, si nécessaire, avec d'autres instances locales et établissements pour assurer l'accès à des services d'urgence, des services hospitaliers généraux et spécialisés à la population de son territoire. Tant le CHRTR que l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie ont la responsabilité de convenir de telles ententes et de participer au mécanisme de coordination du réseau local.

4.4 Balises relatives aux ententes et modalités d'organisation des services

À quelques reprises dans la section qui précède, nous avons fait allusion à des ententes et modalités afin d'assurer l'accès aux services et la prise en charge des individus. Voici des balises plus précises à ce sujet applicables aux réseaux locaux de services. Elles sont complétées par d'autres, touchant plus spécifiquement les établissements à mission régionale, qui seront présentées au prochain chapitre.

Ainsi, il est attendu qu'au sein de chaque réseau local de service, des mécanismes d'accès et de référence connus, des ententes convenues et d'autres moyens soient instaurés pour assurer la prise en charge des personnes et la mise en place de corridors de services fonctionnels entre les organisations et entre les professionnels. Il est de la responsabilité de l'instance locale d'initier les démarches en ce sens avec les partenaires concernés et de s'assurer de l'instauration et du bon fonctionnement de ces ententes et mécanismes propres au réseau local de services.

4.4.1 L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets d'accès, soit l'instance locale et le cabinet de médecin

- L'instance locale organise de façon systématique et intégrée l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la référence pour toutes les clientèles, incluant la clientèle des jeunes, sauf en ce qui concerne les signalements en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse et les références en fonction de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents. Ce guichet d'accès est mis en place en association avec les partenaires concernés. En outre, il tient compte des réalités géographiques, particulièrement lorsque le territoire correspond à plus d'un district sociosanitaire.

- L'instance locale implante les moyens appropriés pour accueillir, diriger, soutenir et accompagner les

personnes aux prises avec une problématique particulière. Ces moyens sont adaptés à la situation de la personne et concernent aussi bien les épisodes pré que post hospitaliers, lorsqu'applicable.

- L'instance locale et les établissements à mission régionale devront déterminer entre eux les mécanismes de référence et d'accès aux services lorsqu'une personne s'adresse directement de son propre chef à l'établissement à mission régionale.

- La population a aussi accès aux services de première ligne par le biais du cabinet de médecin. D'ailleurs, les personnes seront invitées à établir un lien privilégié avec un médecin en s'inscrivant auprès d'un groupe de médecine de famille (GMF) ou auprès d'un médecin de famille en clinique privée.

4.4.2 L'organisation des services médicaux généraux sur le territoire du réseau local de services

- Des ententes et mécanismes de collaboration seront définis et convenus entre l'instance locale, les groupes de médecine de famille et les cliniques médicales privées. Le Département régional de médecine générale (DRMG) de l'Agence, particulièrement par l'entremise des tables médicales territoriales, participera et soutiendra l'élaboration de ces ententes qui traiteront, entre autres :

  - de l'accès à des plateaux techniques diagnostiques par tous les médecins ;

  - de l'accès à l'information clinique, notamment les résultats d'examens diagnostiques : résultats de laboratoire et imagerie médicale, profils médicamenteux, résumés de dossier, etc. ;

  - de l'accès rapide à des médecins spécialistes par les médecins de famille.

- Les médecins de famille du réseau local étant au cœur des soins directs à la population, participeront à l'élaboration du projet clinique, par l'entremise de la table médicale territoriale soutenue par le DRMG.

- Le projet clinique doit notamment cibler les clientèles particulières et l'accès à un médecin de famille pour l'ensemble de la population du réseau local; de plus, l'instance locale favorise le développement des groupes de médecine familiale, la mise en réseau des cliniques médicales privées et un partage de l'information clinique basée sur les besoins de l'usager.

- À l'intérieur des leviers dont il dispose, le DRMG supportera les médecins du réseau local dans leurs stratégies d'accueil, de recrutement et de formation des médecins.

4.4.3 L'instauration d'ententes ou modalités pour favoriser la complémentarité des services avec les organismes communautaires

- L'instance locale convient des modalités ou et ententes assurant la complémentarité des services avec les organismes communautaires actifs sur son territoire. Les modalités de collaboration et les ententes avec le milieu communautaire doivent se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la *Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire.*

- Le programme de *Soutien aux organismes communautaires* (SOC) continue, sous réserve de nouvelles orientations gouvernementales, à être géré par l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. De plus, l'Agence maintient son recours aux cadres de référence convenus en région et à donner la priorité au financement de base des organismes communautaires.

4.4.4 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les ressources intermédiaires et de type familial

- Les ressources intermédiaires et de type familial pour personnes en perte d'autonomie en lien contractuel avec un CLSC-CHSLD, un CHSLD ou un centre de santé visé par une fusion, seront considérées être en lien avec l'instance locale issue de cette fusion. Il en est de même pour les ressources intermédiaires et de type familial en santé mentale, alcoolisme et toxicomanie sous la juridiction de l'actuel Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, qui fera l'objet d'une fusion au sein de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie. La condition qui s'applique est que ce lien

contractuel soit en vigueur la journée précédant l'émission des lettres patentes de la nouvelle instance locale.

- Les ressources intermédiaires et de type familial en lien contractuel avec les Centres jeunesse, le Centre de services en déficience intellectuelle, le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan, le Centre de santé de la MRC Maskinongé ne sont pas touchées par la création de nouvelles instances locales et, par conséquent, continuent d'être en lien avec leur établissement gestionnaire respectif.

- Le Centre de services en déficience intellectuelle, les Centres jeunesse et l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie pour la mission régionale en santé mentale devront convenir du déploiement et de la contribution des ressources intermédiaires et de type familial sous leur responsabilité avec chacune des huit instances locales, compte tenu des responsabilités de ces dernières énoncées à la section 4.2, des indications données à la sous-section 4.4.7 et du cadre législatif, particulièrement de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et de la Loi sur la protection de la jeunesse.

4.4.5 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les pharmacies du territoire

- L'instance locale convient, en collaboration avec les pharmacies de son territoire et en cohérence avec le projet clinique et l'organisation médicale territoriaux, des modalités et ententes assurant la complémentarité des services avec ces pharmacies sur des objets tels que l'analyse du profil de consommation des médicaments des personnes, l'accès à certains professionnels des groupes de médecine de famille ou de l'instance locale à de l'information-conseil sur des médicaments ou la synchronisation des heures d'ouverture des pharmacies en visant une accessibilité maximale pour la population du territoire.

4.4.6 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les entreprises d'économie sociale, volet aide domestique, et avec certaines ressources privées

- L'instance locale convient, en collaboration avec les partenaires concernés, des modalités et ententes assurant la complémentarité des services avec les entreprises d'économie sociale, volet aide domestique, et avec certaines ressources privées. Dans ce dernier cas, on réfère particulièrement aux ressources résidentielles privées.

- L'instance locale du Centre-de-la-Mauricie convient d'une entente formelle de collaboration avec le CHSLD Vigi Les Chutes inc., qui est un établissement privé conventionné.

- L'instance locale d'Arthabaska et de l'Érable convient d'une entente formelle de collaboration avec le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc., qui est un établissement privé conventionné.

4.4.7 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services avec les établissements régionaux et suprarégionaux

En tenant compte des précisions apportées au chapitre 5 du présent document, des ententes devront être formalisées entre chacune des huit instances locales et les organisations suivantes :

- Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR).
- Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec.
- Le Centre de réadaptation InterVal.
- Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec.
- L'instance locale du Centre-de-la-Mauricie, pour le programme régional en santé mentale.

- Les ententes de service seront bidirectionnelles et préciseront les corridors de services entre les parties. Les ententes seront développées en tenant compte des orientations ministérielles et régionales, des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, des missions et expertises de chaque établissement concerné ainsi que des réalités et dynamiques présentes dans chaque territoire de réseau local. Y seront notamment précisés les mécanismes de référence et d'accès aux services, les mécanismes de suivi et de relance de même que les autres dispositions jugées nécessaires pour

assurer la meilleure accessibilité et continuité possible des services et pour faciliter le cheminement de l'usager entre les services de première, deuxième et troisième lignes.

- Les mêmes préoccupations doivent animer les instances locales, le Centre de services en déficience intellectuelle, les Centres jeunesse et le programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie, lorsqu'il est question de convenir du déploiement des ressources intermédiaires et de type familial dans un territoire de réseau local, tel qu'indiqué à la section 4.4.4.

- Les instances locales et les établissements à mission régionale sont appelés à porter une attention toute particulière à l'arrimage de leurs actions et à la réponse adaptée aux besoins des personnes vivant des problèmes multiples et complexes, tant en matière de services que d'hébergement institutionnel et non institutionnel.

- Une entente-type et des balises seront convenues sur une base régionale, sous l'initiative de l'Agence avec l'implication des instances locales et des établissements à mission régionale. Celles-ci pourront ensuite être formalisées entre les acteurs concernés.

- Les ententes devront assurer la participation à part entière des établissements à mission régionale aux mécanismes de coordination et de concertation de chacun des huit réseaux locaux de services animés par les instances locales. Toutefois, il n'est pas attendu que le CHRTR participe à part entière aux mécanismes de coordination d'Arthabaska et de l'Érable, de Drummond, du Centre-de-la-Mauricie et du Haut Saint-Maurice.

- Les instances locales et les établissements à mission régionale sont imputables à l'Agence de conclure et de mettre en application de telles ententes, tout comme ils sont imputables à l'Agence de leur prestation de services, dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité.

4.5 La standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques

En tenant compte des précisions apportées au chapitre 5, lorsqu'applicable :

- Chaque instance locale conçoit et met en œuvre, avec les partenaires concernés du réseau local de services, les protocoles cliniques appropriés visant à simplifier les trajectoires de services, basés sur les meilleures pratiques, sur des données probantes et sur l'approche interdisciplinaire.

- L'approche préconisée en Mauricie et au Centre-du-Québec dans les programmes-services de santé physique et de santé mentale est le suivi systématique des clientèles.

- Les instances locales piloteront les stratégies de coordination et de standardisation de la pratique clinique en s'inscrivant en continuité avec les approches et modes de fonctionnement déjà établis dans la région pour le programme de lutte contre le cancer, pour le suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques (exemples : diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique) et pour les usagers devant subir certaines procédures chirurgicales (exemple : prothèse totale de la hanche ou du genou).

4.6 L'implication des différents groupes professionnels

Chaque instance locale voit à associer les médecins, infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels à l'organisation et à la gestion des services, selon des modalités adaptées à chaque réseau local de services et en tenant compte des textes législatifs en vigueur. Une attention particulière devra être apportée à la présence d'une information continue tout au long du processus de changement, à la formation afin d'harmoniser les pratiques et les cultures et à la clarification des rôles et responsabilités des intervenants.

4.7 La participation de la population

C'est à l'échelle locale que doivent s'intensifier les initiatives pour mettre à contribution la population dans la réflexion et dans la prise de décision entourant l'organisation des services. L'instance locale devra, pour son territoire local, définir les modalités de participation pour les citoyens et les usagers, qui sont adaptées aux particularités territoriales. Pour ce faire, elle pourra s'inspirer des réflexions du Conseil de la Santé et du Bien-

être contenues dans son avis de septembre 2003, intitulé *L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux*. Y sont abordés le thème de la participation de la population, les apports distincts des citoyens et des usagers, les conditions pour leur participation et des recommandations sur le sujet.

Une attention particulière devra être accordée à la présence d'une information adaptée et de qualité sur les services disponibles et leur accès, ainsi que sur les changements en cours. Divers moyens peuvent être utilisés tels, à titre d'exemples, une ligne téléphonique ou un site Internet.

5 Balises à l'endroit des établissements à mission régionale

Ce chapitre présente les balises applicables aux établissements à mission régionale, ainsi qu'à l'organisation des services de deuxième et de troisième lignes. Plus spécifiquement, il est question :

- du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et de l'organisation des services hospitaliers spécialisés et surspécialisés ;
- des autres établissements à mission régionale ;
- de la Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux.

5.1 Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'organisation des sevices hospitaliers spécialisés et surspécialisés

5.1.1 La mission régionale du CHRTR

L'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec fait un choix dans le contexte actuel : celui d'exclure le CHRTR de toute instance locale. Cette proposition se fonde sur plusieurs considérations, dont celles reliées à l'importance des installations du CHRTR, à l'émergence d'un projet de campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières, à l'état actuel d'avancement du processus de fusion entamé en 1997 et à la stabilisation de son mandat régional.

À ces motifs s'en ajoute un dernier tout aussi prépondérant. C'est la nécessité de pouvoir compter en Mauricie et au Centre-du-Québec sur un leader régional associatif et reconnu en matière de services hospitaliers spécialisés et surspécialisés. En effet, l'Agence estime qu'un tel leadership régional, s'il est très étroitement arrimé aux huit instances locales, aura pour effet :

- de soutenir et de renforcer la capacité de chacune des instances locales à répondre aux besoins des populations locales en matière de services hospitaliers généraux et spécialisés ;
- de renforcer la capacité du réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec considéré dans son ensemble, à donner accès à des services de deuxième et de troisième lignes ;
- de renforcer la capacité des instances locales et du CHRTR lui-même, à recruter et à retenir en quantité suffisante des ressources humaines qualifiées et à disposer de la technologie et des outils requis, pour donner accès à des services de qualité au demi million de personnes qui vivent au cœur du Québec, entre les régions universitaires de Québec, de l'Estrie et de Montréal ;
- de hausser globalement la qualité même des services hospitaliers généraux et spécialisés accessibles en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Ce but étant affiché, l'Agence juge essentiel de préciser à ce moment-ci l'esprit avec lequel elle demande au CHRTR d'assumer cette mission régionale. En effet, assumer pleinement une mission régionale, c'est davantage que simplement offrir l'accès à certaines spécialités chirurgicales ou médicales non disponibles dans les territoires locaux. Cela pose les défis suivants :

- l'exercice d'un leadership véritablement proactif, associatif et mobilisateur de la part de la direction et de l'équipe médicale et professionnelle du CHRTR quant aux services spécialisés de deuxième et de troisième niveaux de l'ensemble de la région ;

- la reconnaissance de ce leadership par toutes les instances locales de la région, qui s'associent activement au CHRTR en conséquence.

Dans cet esprit, et en tenant compte des activités des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) exerçant une responsabilité à l'égard de notre région sociosanitaire, la mission régionale signifie que le CHRTR est appelé à :

- Assurer l'accès à des spécialités médicales et chirurgicales identifiées de niveau régional, selon la typologie du document ministériel sur la hiérarchisation des services, à savoir : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, urologie, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire et thoracique, hématologie, dermatologie, médecine nucléaire, microbiologie, cardiologie, gastroentérologie, gynéco-obstétrique, pneumologie, neurologie, endocrinologie, rhumatologie, gériatrie.

- Assurer l'accès à des spécialités suprarégionales, à savoir la radiothérapie, la neurochirurgie et la néphrologie.

- Agir comme centre désigné du système du sang et comme centre de traumatologie secondaire régional.

- Être le centre hospitalier de référence pour l'ensemble des instances locales de la Mauricie et du Centre-du-Québec, étant entendu que ce rôle sera modulé en fonction des corridors de services qui seront mis en place pour les services tertiaires et quaternaires avec les RUIS.

- Offrir un support-conseil aux équipes médicales et de soins infirmiers des instances locales par l'entremise de la télémédecine ou autrement.

- Développer son expertise médicale et en soins infirmiers en fonction de son rôle régional et des différentes spécialités qu'il est appelé à exercer.

- Garantir une garde régionale, ou au besoin sous-régionale, pour les spécialités de deuxième et de troisième lignes qui le requièrent, avec la contribution des instances locales d'Arthabaska et de l'Érable, de Drummond et du Centre-de-la-Mauricie.

- Devenir un centre d'enseignement, d'évaluation et de recherche en médecine familiale et spécialisée ainsi qu'en soins infirmiers ayant une portée régionale.

- Accroître significativement ses activités spécialisées de troisième ligne.

- Établir des ententes de services formelles avec les centres hospitaliers universitaires, concordantes avec les éléments mentionnés précédemment et avec ce qui sera précisé en collaboration avec les RUIS de l'Université Laval, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke.

- Mettre à contribution ses ressources et expertises dans la réalisation des diverses démarches de mise en réseau, de modernisation et de coordination des services cliniques, administratifs et de soutien conduites par l'Agence, en collaboration avec les instances locales et les autres établissements à mission régionale. Malgré sa capacité d'autosuffisance découlant de sa taille, le CHRTR ne peut et ne doit pas s'exclure de telles démarches s'il exerce le rôle régional vraiment attendu de lui.

5.1.2 La mission locale du CHRTR

Par ailleurs, à la lumière de la typologie du document *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier et caractéristiques des établissements selon leur catégorie,* le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) exerce aussi une mission locale à l'endroit de la population des réseaux locaux de services de Bécancour et Nicolet-Yamaska, de Maskinongé, de Trois-Rivières et de la Vallée-de-la-Batiscan (district des Chenaux). Ces réseaux correspondent à quelque 211 000 personnes qui, en large majorité, consomment leurs services hospitaliers au CHRTR. Ce dernier continuera d'assumer cette mission qui fait référence aux services hospitaliers généraux et spécialisés suivants :

- Urgence 24/7.

- Hospitalisation, chirurgie d'un jour, médecine de jour et cliniques ambulatoires spécialisées.

- Accès à des spécialités médicales et chirurgicales de niveau local : anesthésie, chirurgie générale, orthopédie, obstétrique et gynécologie, médecine interne, pédiatrie, psychiatrie incluant la pédopsychiatrie, anatomopathologie, radiologie.

- Accès aux services diagnostiques et thérapeutiques de base et spécialisés.

Toujours en lien avec cette mission locale, il est attendu que :

- Les protocoles cliniques et de prise en charge bidirectionnelle pour tous ces territoires soient harmonisés, standardisés et convenus avec le CHRTR, dans le cadre d'une démarche conjointe à laquelle les instances concernées et le CHRTR participent.

- Le CHRTR participe à part entière aux mécanismes de coordination des réseaux locaux de services animés par les instances locales de Bécancour et Nicolet-Yamaska, Maskinongé, Trois-Rivières et Vallée-de-la-Batiscan (pour le district des Chenaux).

- Le CHRTR déconcentre le plus possible ses cliniques ambulatoires spécialisées dans les quatre territoires où il exerce une mission locale en fonction des besoins de la population et des ressources disponibles.

5.2 Les autres établissements à mission régionale

Les établissements à mission régionale concernés par la présente section sont :

- le Centre de réadaptation InterVal (déficience physique) ;

- le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie / Centre-du-Québec ;

- Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec (dépendances) ;

- Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;

- le programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie.

5.2.1 Responsabilités communes aux cinq établissements

Les cinq établissements en cause ont la responsabilité :

- De rendre leurs services spécialisés et surspécialisés accessibles de façon équitable à la population de tous les territoires et d'affecter leurs ressources en conséquence, lorsque nécessaire. Les programmes et services doivent s'ajuster aux réalités territoriales et populationnelles de chacun des réseaux locaux de services.

- De déconcentrer la prestation d'un maximum de services sur une base locale. Des services spécialisés ou surspécialisés peuvent ne pas être organisés et offerts sur une base locale, pour l'un ou l'autre des quatre motifs suivants :

  - La nécessité de constituer une masse critique, en termes de personnes à desservir et de professionnels à regrouper, afin d'assurer une réponse de qualité, efficiente et efficace à des besoins spécifiques de services, une telle masse critique ne pouvant exister dans chacun des huit territoires locaux.

  - La nécessité de disposer d'une infrastructure physique ou technologique coûteuse.

  - Le recours à une main d'œuvre spécialisée et rare qui a avantage à être regroupée pour le maintien et le développement de son expertise.

  - La gestion responsable et efficiente des ressources humaines, financières et matérielles dont dispose le réseau de la santé et des services sociaux.

  Dans de tels cas, ces services sont plutôt accessibles dans des sites desservant la population de plusieurs territoires locaux ou encore, desservant la population de l'ensemble de la région.

- D'établir des ententes de services avec chacune des huit instances locales pour assurer l'accès à leurs services par la population de ces territoires.

- De collaborer étroitement à la planification, à l'organisation et la coordination des services de chacun des réseaux locaux, sous le leadership de l'instance locale qui, rappelons-le, est imputable de ces fonctions à l'égard de son territoire local. Conséquemment, chaque établissement à mission régionale participe à part entière aux mécanismes de coordination et de concertation des réseaux locaux animés par chacune des huit instances locales.

- D'appuyer les partenaires locaux par leur expertise spécialisée, en ayant le souci constant d'habiliter et de développer l'expertise de ces partenaires, surtout les instances locales.

- D'agir comme centre de référence pour l'ensemble des instances locales.

- De coordonner leurs services avec les autres établissements à mandat régional, incluant le CHRTR, particulièrement pour garantir une réponse adéquate aux personnes vivant plusieurs problématiques.

- D'établir des corridors de services formels entre établissements à mission régionale, avec le CHRTR et, le cas échéant, avec des établissements hors région pouvant donner accès à la population de la région à des services surspécialisés. (Exemple : corridor de services avec l'Institut Pinel pour l'expertise et le traitement reliés à la santé mentale et la criminalité).

- De développer leur expertise pour faire face à l'émergence de problématiques nouvelles et pour assurer une plus grande prise en charge et une meilleure autonomie locale et régionale. Ils sont conviés à investir dans le développement des connaissances, la recherche et la formation. À cet égard, il est pertinent de consolider les liens avec le milieu collégial et universitaire de la région.

5.2.2 Le programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie

Il est attendu de cette instance locale qu'elle :

- Assume le mandat régional en matière d'hospitalisation et de traitement de longue durée en santé mentale. Une étude est présentement conduite par l'Agence pour déterminer le meilleur scénario à l'égard de ce mandat, en termes de concentration ou de déconcentration de ces services. Conséquemment, de nouvelles balises pourraient être émises en 2004-2005 par l'Agence.

- Assume le mandat régional d'évaluation médico-légale en matière criminelle de façon concentrée à Shawinigan. Ce mandat fait partie de l'étude susmentionnée.

- Gère conjointement avec le Centre de services en déficience intellectuelle le programme « Double expertise » à l'intention de personnes présentant une double problématique de déficience intellectuelle et de santé mentale ; ce programme comporte un volet d'intervention en externe, d'hospitalisation au site Sainte-Thérèse et de ressource résidentielle.

- Assume l'organisation du suivi intensif en équipe pour les personnes les plus gravement atteintes par une maladie mentale et les plus vulnérables de la région, ce qui a donné lieu à la mise sur pied de six équipes. Ces équipes participent aux réseaux locaux de services des territoires suivants :

  - Drummond ;
  - Arthabaska et de l'Érable ;
  - Maskinongé, Bécancour et Nicolet-Yamaska ;
  - Trois-Rivières ;
  - Centre-de-la-Mauricie, Vallée-de-la-Batiscan ;
  - Haut Saint-Maurice.

- Gère de façon déconcentrée, dans chacun des territoires locaux, les ressources intermédiaires et de type familial à l'intention des personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, en déployant ces ressources de façon équitable sur les territoires et en tenant compte de la planification et de l'organisation des services de chacun des territoires de réseau local.

5.2.3 Centre de réadaptation en déficience physique InterVal

Il est attendu de cet établissement qu'il :

- Assure la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'inté-

gration sociale pour les personnes présentant une déficience motrice, auditive, visuelle, de la parole ou du langage.

- Assume sa mission régionale en déficience motrice et en déficience du langage de façon déconcentrée via ses installations de Trois-Rivières, Shawinigan, Drummondville et Victoriaville pour les services en externe.

- Offre un maximum de services d'adaptation-réadaptation dans le milieu de vie des personnes présentant une déficience visuelle et une déficience auditive, ou dans les modules de Shawinigan, Victoriaville et Drummondville, même si certaines activités d'évaluation et de réadaptation demeurent concentrées à Trois-Rivières.

- Opère à Trois-Rivières l'Unité régionale de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) où sont admises, en provenance de toute la région sociosanitaire, les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré et sévère, les amputés, les blessés orthopédiques graves et les grands brûlés et où est admise également la clientèle locale présentant un accident vasculaire cérébral ou autre déficit neurologique nécessitant une admission à l'Unité régionale de réadaptation fonctionelle intensive.

- Offre au sein du consortium régional, en collaboration avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'Association des traumatisés cranio-cérébraux (TCC), des services spécialisés de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral ses installations de Trois-Rivières, Shawinigan, Drummondville et Victoriaville pour les services en externe. Il agit également en tant que partenaire des consortiums nationaux pour les blessés médullaires et les enfants présentant un traumatisme cranio-cérébral modéré et sévère.

- Rende accessible le plus possible via ses installations en sous-régions l'attribution des aides techniques, soit les aides à la motricité et à la posture, les aides de suppléance à l'audition, les aides visuelles et à la communication, l'urgence-dépannage pour les fauteuils roulants, même si certaines activités d'évaluation, d'essai, d'attribution et d'entrainement demeurent concentrées à Trois-Rivières.

- Agisse à titre de fiduciaire ou de mandataire régional relativement à la gestion de programmes ou services qui lui sont confiés par l'Agence, tel le programme de chaussures orthopédiques et appareillage de chaussures, le programme des aides à la vie quotidienne et à la vie domestique, l'accès aux services d'interprétariat pour les personnes sourdes ou malentendantes du Service régional d'interprétariat de l'est du Québec.

- Rende possible la participation de spécialistes en orthophonie et en ergothérapie auprès des enfants d'âge préscolaire qui présentent un trouble envahissant du développement en collaboration avec le Centre de services en déficience intellectuelle.

- Offre à Trois-Rivières le service d'évaluation de la capacité à la conduite automobile.

- Offre à sa clientèle, dans leur milieu de vie, l'évaluation de l'adaptation du domicile.

5.2.4 Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Il est attendu de cet établissement qu'il :

- Assure dans chaque territoire local la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ainsi que pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED).

- Offre, dans chaque territoire local ou dans le milieu de vie des personnes, les services de soutien spécialisé à la personne, à la famille et à la communauté dont l'intervention précoce, l'intervention comportementale intensive pour les TED, le soutien aux jeunes d'âge scolaire, le soutien aux familles dans l'intervention auprès de leur enfant, l'assistance éducative à domicile, les services psychologiques spécialisés, le soutien aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux intervenants d'autres secteurs (centres de la petite enfance, éducation, loisirs, emploi, etc.).

- Assure la réinsertion sociale des personnes hébergées en milieu institutionnel.

- Gère de façon déconcentrée, dans chacun des territoires locaux, les ressources intermédiaires et de type familial à l'intention des personnes aux prises avec une déficience intellectuelle ou présentant des troubles envahissants du développement, en déployant ces ressources de façon équitable sur les territoires et en tenant compte de la planification et de l'organisation de chacun des territoires de réseau local.

- Offre des services d'intégration sociorésidentielle en déficience intellectuelle et en TED, en s'assurant du pairage optimal entre la ressource, la personne et les services psychosociaux pour les personnes hébergées.

- Assure le soutien dans des formes variées de logement et d'hébergement.

- Assume la gestion des ressources spécialisées de répit et le dépannage en situation d'urgence.

- Rende accessibles dans chaque territoire local les services d'intégration socioprofessionnelle en déficience intellectuelle et en TED, comprenant l'évaluation des capacités de travail, le soutien au développement des habiletés de travail, le soutien à l'intégration au travail et le soutien à la réalisation d'activités de jour valorisantes.

- Gère conjointement avec le programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie le programme « Double expertise » à l'intention de personnes présentant une double problématique de déficience intellectuelle et santé mentale ; ce programme comporte des volets d'intervention en externe, d'hospitalisation et de ressource résidentielle.

5.2.5 Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Il est attendu de cet établissement qu'il :

- Assure la sécurité et le développement des enfants dans le cadre de la Loi sur la Protection de la jeunesse (LPJ).

- Assure la responsabilisation des jeunes ainsi que la protection de la société dans le cadre de la Loi sur le Système de justice pénale pour adolescents (LSJPA).

- Aide les enfants, les jeunes, leurs parents et les jeunes mères vivant des difficultés majeures au plan de leur fonctionnement et qu'il intervienne dans leur démarche de changement de leur situation personnelle, familiale et sociale, en y associant la communauté et les partenaires.

- Offre les services d'adoption, de recherche d'antécédents sociobiologiques, de retrouvailles et d'expertise à la Cour supérieure.

De façon plus spécifique, il est attendu que les Centres jeunesse :

- Dispensent de façon déconcentrée dans chaque territoire local :

  - Des services relatifs à l'application de la Loi sur la Protection de la jeunesse, à savoir :
    - l'évaluation et l'orientation des enfants et des familles dont le signalement a été retenu ;
    - l'application des mesures de protection ;
    - l'hébergement et le placement ;
    - la révision.

  - Des services relatifs à la Loi sur le Système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

  - Des services de réadaptation relatifs à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à savoir :
    - l'intervention psychosociale ;
    - l'intervention en réadaptation auprès des enfants et des jeunes ;
    - l'intervention de réadaptation auprès des mères en difficulté ;
    - l'intervention psychologique ;
    - des services d'urgence sociale.

- Rendent accessibles à toute la clientèle de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les services de réadaptation intensive en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, soit au Pavillon Laforest à Drummondville et au Pavillon Bourgeois à Trois-Rivières.

- Rendent accessible l'accès téléphonique aux services de réception et de traitement des signalements

en application de la Loi sur la Protection de la jeunesse.

- Rendent accessibles sur une base régionale les services d'adoption, les services d'expertise à la Cour Supérieure, les services de recherche d'antécédents sociobiologiques et les services de retrouvailles.

- Gèrent de façon déconcentrée dans chacun des territoires locaux les ressources intermédiaires et de type familial pour les jeunes en difficulté, en besoin de protection ou ayant un problème de santé mentale, en déployant ces ressources de façon équitable sur les territoires et en tenant compte de la planification et de l'organisation des services de chacun des territoires de réseau local.

5.2.6 Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec

Il est attendu de cet établissement qu'il assure la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes toxicomanes ou à haut risque de toxicomanie, aux joueurs pathologiques et à leur entourage, en continuité avec les partenaires concernés.

De façon plus spécifique, il est attendu de Domrémy qu'il :

- Opère, à Pointe-du-Lac, un centre de services avec hébergement qui accueille des personnes alcooliques, toxicomanes ou dépendantes aux jeux de hasard et d'argent de la région.

- Offre des services spécialisés de désintoxication adaptés aux personnes présentant des risques de sevrage de modérés à sévères.

- Participe au protocole d'entente convenu entre les Centres Jean Lapointe pour adolescents, les Centres jeunesse et l'Agence de santé et de services sociaux afin de rendre accessibles dans la région des services spécialisés avec hébergement pour les jeunes de moins de 18 ans.

- Établisse des corridors de services avec les instances locales ayant une mission de centre hospitalier ainsi qu'avec le CHRTR pour les usagers nécessitant une désintoxication avec suivi médical important et constant.

- S'assure de l'organisation des services de substitution à la méthadone.

- Développe conjointement avec le programme régional de santé mentale de l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie un programme d'intervention intégrée auprès de personnes souffrant de la double problématique de santé mentale et de toxicomanie.

- Assume le mandat spécifique d'évaluation des conducteurs avec capacités affaiblies.

- Offre dans chaque territoire local des services externes de réadaptation aux adultes et aux adolescents qui sont alcooliques, toxicomanes ou dépendantes aux jeux de hasard et d'argent ou qui sont à haut risque de le devenir.

5.3 La Direction de santé publique de l'Agence

Il est attendu de la Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec qu'elle :

- Réalise les activités régionales de santé publique prévues au *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006.*

- Soutienne les instances locales dans la réalisation de leur plan d'action local de santé publique.

- Mette en place, en respect des mécanismes identifiés par l'Agence et en concertation avec les instances locales, les mécanismes de coordination et de concertation favorisant la réalisation des activités prévues dans les plans d'action régional et locaux de santé publique.

- Assume, conformément à son mandat, l'expertise en surveillance de l'état de la santé de la population de même qu'en prévention, promotion et protection de la santé de la population, y compris les activités d'information afférentes.

6 Indications relatives à la gestion des ressources, à la qualité des services et à la reddition de comptes

La présentation du modèle d'organisation proposé pour la Mauricie et le Centre-du-Québec se complète par la mise en lumière de certaines indications touchant les domaines suivants :

- les ressources humaines ;
- les ressources financières ;
- les ressources matérielles ;
- les technologies de l'information ;
- l'amélioration continue de la qualité des services ;
- l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise ;
- la reddition de comptes.

6.1 Les ressources humaines

À l'aube de cette nouvelle évolution du système de santé et des services sociaux, il est opportun de rappeler les cinq principes directeurs que la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* mettait de l'avant en décembre 2000 à l'égard de la gestion des ressources humaines dans les établissements du réseau.

1. Un environnement de travail stimulant dans lequel chaque individu peut trouver quotidiennement des sources de motivation et de satisfaction.

2. Une gestion axée sur les résultats où chaque gestionnaire dispose de la latitude appropriée pour organiser le travail avec ses équipes en fonction des résultats attendus.

3. Une organisation du travail moderne, flexible et adaptée, où chaque membre de l'organisation sent qu'il a une emprise sur son travail et où les responsabilités de chacun sont situées au bon niveau, selon le principe de subsidiarité.

4. Une valorisation de la compétence des personnes par laquelle chaque travailleur sait que ses efforts pour se développer et se maintenir à la fine pointe des connaissances seront reconnus et encouragés.

5. Une préoccupation constante pour la formation et la préparation de la relève où chaque organisation planifie de façon stratégique ses besoins de main-d'œuvre et prépare avec attention sa relève.

Par ailleurs, tous sont conscients que la rareté actuelle des ressources humaines et les modes d'organisation du travail peuvent freiner le changement. C'est pourquoi l'accroissement de la disponibilité et de la mobilisation des ressources humaines, leur rétention dans les territoires et un meilleur partage des responsabilités entre les différents professionnels associé à la nécessité d'œuvrer en interdisciplinarité commandent des actions structurantes.

Ces objectifs et préoccupations, jumelés aux apprentissages faits depuis 1996, amènent à repenser le rôle stratégique de la fonction « gestion des ressources humaines ». Voilà pourquoi l'Agence entend assumer un leadership mobilisateur et supporter les conseils d'administration et les gestionnaires des établissements de la région dans l'exercice de leurs rôles en lien avec le projet d'intégration des services.

Or, en plus des responsabilités que confèrent la Loi sur les services de santé et les services sociaux aux agences en matière de planification et de développement de la main-d'œuvre, le projet de loi 25 adopté en décembre 2003 exige une contribution supplémentaire de celles-ci, en les interpellant à réunir les conditions gagnantes nécessaires à la création de réseaux locaux de services.

Pour ce faire, l'Agence entend rendre disponibles, à chacun des acteurs et partenaires concernés, un certain nombre de leviers stratégiques. Ce sont des moyens pour garantir l'amélioration de la gestion et de la mobilisation des ressources humaines et pour soutenir les changements associés au développement des réseaux locaux de services.

Ainsi, l'Agence prévoit, en collaboration avec les établissements et les autres partenaires :

- Mettre en place un programme régional de formation destiné aux membres des conseils d'administration sur leur rôle face aux enjeux et défis que pose l'actualisation du projet de loi 25, spécialement en matière de complémentarité des services et de mobilisation des ressources humaines.

- Assurer une gestion régionale des mouvements de main-d'œuvre selon les orientations régionales en matière de mobilisation, de développement des compétences et de dotation de la main-d'œuvre cadre et hors cadre adoptées par le conseil d'administration de l'Agence le 24 mars 2004. Des mécanismes de concertation et de coordination seront mis en place, incluant l'obligation des établissements d'agir de façon solidaire pour que tous les cadres et salariés touchés par les réorganisations soient replacés. Le cas échéant, les établissements devront assumer les coûts reliés à la stabilité ou à la sécurité d'emploi après avoir reçu l'autorisation de l'Agence.

- Implanter la stratégie régionale d'évaluation du niveau de mobilisation des ressources humaines, dans l'esprit du *Cadre de référence ministériel sur la mobilisation.*

- Gérer un plan régional de développement et de maintien des compétences des ressources humaines (cadres et salariés) élaboré à partir des plans de développement des ressources humaines, traduisant les besoins généraux et spécifiques de chaque instance locale de services et chaque établissement à mission régionale.

- Développer les alliances nécessaires avec les maisons d'enseignement, les instances locales et les établissements à mission régionale pour élaborer et mettre en oeuvre des projets collectifs de formation régionale permettant de favoriser l'approche interdisciplinaire, l'harmonisation des pratiques professionnelles et l'émergence de nouveaux rôles et profils de compétence.

- Maintenir une table régionale de coordination des stages pour faciliter la conclusion d'ententes formelles entre les instances locales de services, les établissements à mission régionale et les maisons d'enseignement, aux fins d'assurer la disponibilité de stages en soins infirmiers et dans les autres champs d'activités considérés en pénurie.

- Mettre en œuvre un plan régional de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre cadre et salariée, incluant la production de portraits locaux et régional de main-d'œuvre, l'évaluation des déséquilibres qualitatifs et quantitatifs, l'identification des zones de vulnérabilité et des plans d'action qui en découlent.

- Coordonner le plan régional de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre médicale incluant l'adoption de plans régionaux et locaux d'effectifs médicaux, le renforcement des stratégies régionales de recrutement, de rétention et de répartition des effectifs médicaux de chaque réseau local et des établissements à mission régionale, le maintien et le développement des affiliations universitaires pour des stages en médecine, le respect des nouvelles règles de gestion des plans d'effectifs médicaux (PEM) et de celles applicables aux activités médicales particulières (AMP).

- Coordonner les actions régionales de monitorage, de communication et de concertation dans le cadre de l'application locale de la loi 30 pour supporter les établissements dans leur processus de fusion des unités d'accréditation et d'actualisation de la négociation locale.

- Développer, mettre à jour et supporter l'utilisation de systèmes d'information en ressources humaines déployés en vue de faciliter l'harmonisation des processus de gestion des ressources humaines.

Enfin, l'Agence de santé et des services sociaux entend convenir avec les instances locales et les établissements à mission régionale d'un certain nombre d'indicateurs de gestion des ressources humaines afin d'évaluer, en cours de processus, les actions régionales et locales réalisées en cohérence avec les orientations ministérielles en matière de ressources humaines.

6.2 Les ressources financières

Dans la mise en œuvre du modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux qui sera retenu par le Ministère et le gouvernement, il faut dès maintenant comprendre que la dynamique et les balises suivantes auront cours en matière de gestion, d'allocation des ressources financières et de budgétisation des établissements :

- En cohérence avec les orientations nationales en matière d'allocation des ressources, l'Agence de santé et de services sociaux implantera graduellement, au cours des trois prochaines années, un nouveau mode d'allocation de ressources basé sur une approche populationnelle (per capita pondéré) qui tient compte de la taille et des caractéristiques des populations, des clientèles à desservir, des coûts de production et du niveau de performance attendu des instances locales et des établissements à mission régionale.

- L'Agence entend renouveler le mode de budgétisation des établissements. Ainsi, au cours des trois prochaines années, les budgets signifiés aux établissements se feront par programmes en fonction des mandats confiés aux instances locales et aux établissements à mission régionale et des résultats attendus signifiés aux établissements dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Tout en cherchant à donner la souplesse nécessaire pour une utilisation optimale des ressources disponibles, cette nouvelle approche de budgétisation vise à encadrer l'atteinte des résultats notamment en regard des clientèles prioritaires. Conséquemment, toute réallocation interprogrammes doit être préalablement autorisée par l'Agence.

- Afin de renforcer le continuum de services et d'améliorer la prise en charge de la clientèle desservie par les réseaux locaux de services ainsi que par les autres établissements, l'Agence entend constituer six enveloppes budgétaires distinctes :

  - Une enveloppe dédiée aux programmes-services répondant à la nouvelle définition retenue par le Ministère dans le cadre des travaux portant sur l'allocation de ressources entre les régions sociosanitaires.

  - Une enveloppe dédiée aux programmes-soutien. Cette enveloppe servira à financer les services et les activités non cliniques. Elle regroupe, entre autres, les services de nature administrative, la coordination des services à la clientèle, l'alimentation, la buanderie, le fonctionnement et l'entretien des installations.

  - Une enveloppe dédiée aux services préhospitaliers d'urgence. Compte tenu du cadre légal actuel et des paramètres de financement des entreprises ambulancières, l'Agence continue de gérer cette enveloppe budgétaire de façon centralisée.

  - Une enveloppe pour le financement du programme de *Soutien aux organismes communautaires (SOC)*. Cette enveloppe continuera, sous réserve de nouvelles orientations gouvernementales, à être gérée par l'Agence selon le cadre de financement actuellement en vigueur. Cette approche ne soustrait pas le réseau local de services de ses responsabilités à l'égard de la prise en charge de sa population.

  - Une enveloppe centralisée dont les sources de financement peuvent provenir de marges de manœuvre pouvant se dégager à partir des ressources existantes et d'allocations additionnelles en provenance du Ministère. Cette enveloppe servira principalement à soutenir les instances locales et les établissements à mission régionale par des moyens financiers les aidant à faire face aux coûts de transition et de fusion, notamment à ceux reliés à l'adaptation de la main-d'œuvre, au développement des pratiques, à l'intégration et à la mobilité de la main-d'œuvre ainsi qu'à la mise en œuvre du projet de loi 30 portant sur les unités de négociation. Elle servira également à faciliter l'intégration des systèmes d'information, l'unification des dossiers cliniques et des dossiers du personnel.

- Enfin, l'Agence se donnera une sixième enveloppe comme levier servant à garantir la fluidité et la disponibilité des services lorsque l'instance locale ou l'établissement à mission régionale se trouve dans l'incapacité d'assurer l'accès aux services dont il est responsable. Cette enveloppe sera principalement constituée à partir des ressources attribuées à l'instance locale ou à l'établissement à mission régionale concerné.

- En tenant compte des travaux nationaux portant sur l'équité interrégionale en matière d'allocation des ressources, l'Agence de santé et de services sociaux entend associer les instances locales et les établissements à mission régionale à des travaux afin de revoir et mettre à jour les indicateurs utilisés actuellement aux fins d'allocation des ressources. L'Agence maintient également le cap sur l'équité intrarégionale en poursuivant les engagements pris antérieurement visant la réduction des écarts qui pourraient encore subsister entre les instances locales, et ce, compte tenu de l'offre de service signifiée dans les ententes de gestion. La réduction des écarts entre les territoires se fera principalement à partir de nouvelles ressources (budgets de développement et coûts de système).

- Si, dans le cas d'une fusion, un des établissements concernés est en déficit, la responsabilité et les mesures mises en place pour assurer le retour à l'équilibre budgétaire devront être attribuées au programme-services de l'instance locale à l'origine de ce déficit ou être traitées selon des modalités qui restent à être précisées.

6.3 Les ressources matérielles

Pour répondre aux besoins de la population, le réseau régional de la santé et des services sociaux dispose d'un parc immobilier public de 83 immeubles évalués à 668 M$. Le réseau régional offre également des services dans 79 autres immeubles appartenant au secteur privé régis par des baux allant jusqu'à 10 ans dans certains cas. En plus des infrastructures immobilières, le réseau dispose également d'un parc d'équipements d'une valeur de 210 M$ dont 83 M$ pour le volet des équipements médicaux spécialisés. Ce patrimoine public régional constitue une des assises de notre système de santé et contribue à la qualité des services et des soins en offrant un environnement sain et sécuritaire pour l'ensemble de la clientèle et des travailleurs de ce réseau.

Toutefois, malgré le rattrapage réalisé au cours des dernières années grâce à des investissements significatifs dans des secteurs stratégiques, les besoins exprimés par les établissements demeurent très importants. Le vieillissement du parc immobilier, dont certaines installations datent de plus de quarante ans, le développement de nouvelles technologies souvent très coûteuses, le vieillissement de la population et l'émergence de nouveaux besoins font en sorte que les ressources dégagées annuellement sont insuffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins. D'ailleurs, le rapport du Vérificateur général du Québec (mai 2000) et le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux ont déjà fait ce constat à l'échelle provinciale. Par ailleurs, de l'avis des experts du réseau, l'insuffisance des ressources allouées pour l'entretien préventif des infrastructures a contribué également à la dégradation des installations matérielles.

Compte tenu l'importance stratégique des infrastructures physiques et technologiques pour la livraison des soins et services, l'Agence de santé et de services sociaux entend :

- Revoir au cours des trois prochaines années le mode de budgétisation des instances locales et des établissements à mission régionale en regard du programme-soutien *Gestion des bâtiments et équipements*. Cette budgétisation tiendra compte, entre autres, de l'état physique des installations, du niveau de performance attendue et des normes et pratiques reconnues en la matière.

- Revoir au cours des trois prochaines années les paramètres et le mode de gestion de l'enveloppe de maintien des actifs. Une approche axée sur l'imputabilité des instances locales et des établissements à mission régionale sera privilégiée. Cette nouvelle façon de faire sera accompagnée de mécanismes de reddition de comptes plus serrés.

- Adopter un cadre de gestion en matière de priorisation des projets en haute technologie, en fonction de la configuration des territoires locaux de services et des mandats confiés aux nouvelles instances locales. Selon les disponibilités financières, l'Agence fera en sorte que chaque réseau local dispose d'une infra-

structure technologique comparable, compte tenu de sa population et des mandats qui lui sont confiés.

Enfin, une fois le projet organisationnel et clinique élaboré et le réseau local de services mis en place, il est attendu de l'instance locale qu'elle :

- Produise une planification d'optimisation du parc immobilier et d'équipements, de son renouvellement et de son développement qui s'appuie sur le projet organisationnel et clinique du territoire et sur les orientations et balises nationales et régionales.

- Produise un plan directeur immobilier territorial (PDI) qui prendra ses assises sur le projet organisationnel et clinique et sur les orientations et balises nationales et régionales. Ce PDI devra particulièrement viser l'utilisation optimale du parc immobilier du territoire appartenant au réseau.

- Élabore et maintienne un inventaire complet de ses immeubles et de ses équipements.

- Instaure un programme d'entretien préventif et évalue les besoins financiers en entretien et réparations majeures (sécurité, vétusté, conformité et rénovation fonctionnelle, etc.).

- Produise un bilan de l'efficacité énergétique de ses installations, évalue les investissements nécessaires ainsi que les économies potentielles.

6.4 Les technologies de l'information

Dans le document *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, le ministère de la Santé et des Services sociaux indique sa volonté de poursuivre des travaux particuliers dans le champ des technologies de l'information, de sorte à soutenir les changements dans les domaines d'organisation des services.

En effet, l'accessibilité et la continuité des services sont largement dépendantes de la disponibilité de l'information, au moment opportun, entre les différents producteurs. Des efforts seront donc consentis par le Ministère, les agences et les établissements pour consolider et concevoir des systèmes d'information qui facilitent l'accès intégré et sécuritaire des données cliniques et qui renforcent la gestion par résultats.

Le déploiement en cours dans la région de certains systèmes illustre bien cet enjeu :

- Système d'information clientèle déficience intellectuelle (SICDI).

- Programme intégration jeunesse (PIJ) aux Centres jeunesse.

- Système de gestion des accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés (SGAS).

- Système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU).

- Système d'information géronto-gériatrique (SIGG).

- Informatisation et mise en réseau des groupes de médecine de famille (GMF).

- Réseau intégré de gestion de l'information clinique (RIGIC).

- Système d'information de radiologie (RIS – PACS).

Le déploiement de systèmes d'information fait l'objet de décisions prises par le Ministère et se répercute en objectifs annuels de gestion devant être atteints par les agences et les établissements. Donc, il est d'ores et déjà acquis que les instances locales et les établissements à mission régionale devront :

- Assurer le maintien, la mise à jour et le renouvellement des actifs en technologies de l'information autant pour les équipements que pour les systèmes et logiciels.

- Se donner une politique locale de sécurité et voir à l'application dans l'ensemble de l'organisation d'un plan directeur de sécurité, en concordance avec le *Cadre global de gestion des actifs informationnels du réseau de la santé et des services sociaux.*

- Contribuer à l'implantation locale des systèmes permettant un accès intégré à des données cliniques supportant la continuité des soins et services dans l'ensemble de la région.

- Contribuer à l'implantation locale des systèmes permettant un suivi de gestion et une reddition de comp-

tes rencontrant les besoins et exigences du Ministère, des agences, des établissements et des instances locales.

Afin de supporter un continuum de services intégrés intraréseau local et interréseaux locaux, l'Agence de santé et de services sociaux, les instances locales et les établissements à mission régionale s'entendent sur les points suivants. Ceux-ci devront aussi être endossés par les groupes de médecine de famille et les cliniques médicales privées qui seront intégrés au réseau informatique de la région et des territoires locaux.

- Mettre en place des solutions technologiques intégrées de gestion de l'information permettant d'accéder de façon sécuritaire à des informations cliniques intégrées, normalisées et complètes.

- Codifier les données de chaque domaine d'information selon les normes internationales retenues afin d'accéder à de l'information uniforme et normalisée.

- Mettre tous les efforts nécessaires pour se conformer aux règles, procédures et lois en vigueur relativement à la sécurité, à l'accès et à la confidentialité de l'information.

Ces solutions technologiques se composent des éléments suivants :

- Un index patient maître régional. Il est le premier élément permettant d'intégrer de l'information clinique. Il se compose d'un identifiant unique régional pour chaque patient.

- Un dépôt de données cliniques pour chaque réseau local. Il est le deuxième élément d'intégration d'information clinique qui permet de fournir une information locale sur un patient.

- Un dépôt de données cliniques régionales. Il est le troisième élément d'intégration d'information clinique qui permet de fournir une information régionale sur un patient aux réseaux locaux.

- Un portail clinique régional qui permet d'accéder de façon sécuritaire aux informations cliniques locales et régionales.

Enfin, le projet possède des implications pour le Technocentre régional dont la mission consiste en la gestion d'actifs d'intérêt commun. Celui-ci devra :

- Assurer le maintien des actifs régionaux en technologies de l'information autant pour les équipements que pour les systèmes.

- Maintenir une table régionale de coordination en technologies de l'information pour faciliter la gestion des actifs régionaux.

- Assurer la sécurité des actifs régionaux d'intérêt commun en collaboration avec les instances locales et les établissements à mission régionale.

- Développer et mettre en place, en collaboration avec les établissements et les instances locales, des mécanismes de sécurité technologique et organisationnelle pour assurer la protection des renseignements accessibles à partir du réseau de télécommunications.

L'ensemble des éléments abordés dans cette sous-section vont requérir à la fois des budgets supplémentaires récurrents et une disponibilité de ressources humaines spécialisées dans les établissements. Sur ce point, la sensibilisation auprès du Ministère sera maintenue.

6.5 L'amélioration continue de la qualité des services

L'amélioration continue de la qualité des services est au cœur des orientations régionales en Mauricie et au Centre-du-Québec depuis 1999. Elle occupe également une place dans le cadre du projet d'intégration des services prôné par le Ministère.

Rappelons brièvement que les principales actions conduites au palier régional lors de la réalisation du *Plan de consolidation 1999-2002* avaient amené l'Agence à prendre des engagements en faveur de la poursuite d'une démarche régionale d'amélioration continue de la qualité des services. Ces engagements sont les suivants :

- Soutenir les comités des usagers dans l'exercice de leur rôle au sein de leur établissement et dans leur participation à la démarche régionale d'amélioration continue de la qualité des services.

- Planifier et mener des actions visant à mesurer la satisfaction des usagers afin de s'assurer que leur point de vue soit pris en considération dans les processus de décision.

- Promouvoir et soutenir l'amélioration continue de la qualité des services au sein des établissements.

- Soutenir les commissaires locaux à la qualité des services dans l'exercice de leurs fonctions.

- Mobiliser le réseau régional de la santé et des services sociaux autour des priorités relatives aux attentes et à la satisfaction des usagers.

En continuité de ces engagements, l'Agence de santé et de services sociaux formule les attentes suivantes à l'endroit des instances locales et des établissements à mission régionale :

- Suite au processus de fusion des établissements pour former les instances locales, procéder à la composition d'un comité des usagers représentatif de l'ensemble des usagers de l'instance locale. À ce sujet, l'Agence invite les futures instances locales à s'inspirer du document qu'elle a produit à l'automne 2003 intitulé *Un comité des usagers en établissement de santé et de services sociaux : un pour tous !* Ce document aborde, entre autres, la question de la composition d'un comité des usagers d'un établissement multivocationnel.

- Considérant qu'il sera le seul établissement public de la région à ne pas disposer d'un comité des usagers et compte tenu de l'ampleur de ses activités, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) est invité à considérer fortement la décision de mettre sur pied un tel comité.

- Considérant qu'elle a la responsabilité du programme régional de santé mentale, l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie est invitée à porter une attention particulière à cette réalité, dans le cadre de la composition et du fonctionnement de son comité des usagers.

- En préparation à un processus global d'agrément, réaliser des sondages de satisfaction des usagers.

- Développer un plan d'action d'amélioration continue de la qualité des services visant une meilleure réponse aux attentes des usagers.

- S'assurer d'une conformité aux différentes dispositions prévues dans la loi en matière de qualité des services et de traitement des plaintes :

  - Soutien aux commissaires locaux à la qualité des services dans l'exercice de leur rôle et fonctions.

  - Promotion de l'indépendance du commissaire local dans l'exercice de ses fonctions.

  - Adaptation des mécanismes de traitement des plaintes au sein des instances locales.

  - Exercice d'une vigilance en rapport à toute situation pouvant constituer une menace pour la santé et l'intégrité des usagers hébergés.

  - Mise en œuvre et adaptation des dispositions sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux :
    - comité de gestion des risques et de la qualité ;
    - règlement sur la divulgation des accidents ;
    - constitution du registre local des accidents et des incidents.

  - Mise en œuvre et adaptation du plan d'action ministériel en matière de mesures de contrôle :
    - élaboration de protocoles encadrant l'utilisation des mesures de contrôle ;
    - diminution de l'utilisation des mesures de contrôle.

De son côté, l'Agence s'engage, sous réserve des ajustements que le Ministère pourrait introduire suite à la révision prévue du système de traitement des plaintes des usagers, à :

- Maintenir la Table régionale des comités des usagers et les activités de soutien aux comités :

  - animation des rencontres de la Table régionale ;

  - semaine régionale des comités des usagers ;

  - outils de promotion et de soutien à l'intention des comités et des établissements.

- Maintenir le budget alloué aux établissements pour

les comités des usagers en place en avril 2004 et définir des bases communes minimales de financement pour l'ensemble des comités des usagers.

- Réaliser des sondages de satisfaction des usagers en collaboration avec les établissements à mission régionale et les instances locales.

- Maintenir des activités régionales de promotion, de soutien et de monitorage :

  - du régime des plaintes ;

  - des activités assurant la prestation sécuritaire des services de santé ;

  - des activités relatives au plan d'action sur les mesures de contrôle.

- Mobiliser les réseaux locaux autour des principales préoccupations exprimées par les usagers par l'entremise des sondages et des plaintes, notamment en ce qui concerne les relations interpersonnelles et la qualité des soins et des services dispensés.

- Conformément au mandat confié au commissaire régional à la qualité des services, assurer :

  - le traitement des plaintes en première instance concernant les services de l'Agence et les services offerts par les organismes communautaires ;

  - le traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées ;

  - le traitement des mésententes entre les ressources non institutionnelles et les établissements ;

  - la production du rapport régional des plaintes et des activités d'amélioration continue de la qualité des services.

- Intervenir dans des situations particulières à la demande du ministre ou de sa propre initiative, particulièrement en vertu de l'article 414 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux lorsqu'un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qu'il dessert.

Plus globalement, participer activement à l'implantation et au bon fonctionnement des mécanismes ministériels et régionaux visant l'amélioration continue de la qualité des services :

- le programme d'appréciation de la qualité dans les résidences privées pour personnes âgées;

- les visites d'appréciation de la qualité en CHSLD.

6.6 L'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise

En mars 1998, la région se dotait d'une politique régionale visant à favoriser l'accessibilité dans leur langue aux personnes d'expression anglaise, suivie en octobre 1998, d'un programme d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise.

Le conseil d'administration de la Régie régionale ainsi que tous les conseils d'administration des établissements de la région adoptèrent cette politique visant à assurer à la communauté anglophone une accessibilité réelle, juste et raisonnable, à l'ensemble des services de santé et de services sociaux de tous les établissements de la région.

Les mesures prévues à cette politique continueront de s'appliquer dans les instances locales et les établissements à mission régionale en conformité avec l'esprit de l'article 34 du projet de loi 25. De son côté, l'Agence assumera les contributions prévues pour la Régie régionale dans cette politique.

En outre, la responsabilité des établissements indiqués au programme d'accès continue d'être assumée par les instances locales cessionnaires des services de ces établissements jusqu'à la révision du programme, et ce, en conformité avec la lettre de l'article 34 du projet de loi 25. On fait référence aux services suivants :

- Instance locale de Bécancour et Nicolet-Yamaska : service en langue anglaise pour les huit territoires de réseau local de la région en ce qui concerne l'Info-Santé 24/7, le service téléphonique 24/7 d'urgence sociale (Info-Social) et le service téléphonique 24/7 de prévention suicide.

- Instances locales du Haut Saint-Maurice, du Centre-

de-la-Mauricie et de Trois-Rivières : services de santé en milieu scolaire, par entente de services avec la Commission scolaire Central Quebec.

- En concordance avec la section 4.1.4 relative aux corridors de services, il est attendu que, dans la mesure du possible, la référence hors région pour des services spécialisés ou surspécialisés d'une personne d'expression anglaise tienne compte, en plus du droit de cette personne à choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir ses services, de la capacité ou la préparation du milieu de soins receveur à dispenser en langue anglaise les services cliniquement requis. Il est entendu que ce principe ne doit pas prédominer sur la qualité clinique optimale du corridor de services éventuellement retenu pour la personne.

6.7 La reddition de comptes

D'importants changements s'opèrent actuellement en matière de reddition de comptes. Certains ont été précisés à l'automne 2002 et introduits aux articles 182.1 à 182.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. D'autres prennent place progressivement, de telle sorte que l'on assiste à un renforcement de la notion d'imputabilité et à l'introduction de mécanismes formels structurant l'obligation de rendre des comptes. Parmi les mécanismes qui sont actuellement en implantation ou déjà implantés, on retrouve :

- les indicateurs qui alimentent le suivi des investissements de mai 2003 ;
- l'élaboration d'un cahier de charges précisant les attentes du Ministère envers les agences ;
- la ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité entre les agences et le Ministère ;
- la ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité entre les agences et les établissements à mission régionale et les instances locales.

L'imputabilité et l'obligation de rendre des comptes font de plus en plus partie de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. L'imputabilité c'est le corollaire obligé de l'autorité reçue et de la responsabilité assumée. En ce sens, elle revêt un caractère incontournable autant pour les agences que pour les établissements.

La reddition de comptes soulève des enjeux auxquels il faut être attentif.

- La duplication des suivis et la multiplication des données qui ajoutent peu d'information globale pertinente sur la performance sont à surveiller.
- Le processus doit conduire à l'obtention d'une information de qualité permettant d'apprécier la performance réalisée en mettant en relation des données cliniques, financières et opérationnelles plutôt qu'une information atomisée et fragmentée.
- Tant les aspects qualitatifs que quantitatifs doivent être recueillis pour rendre compte adéquatement des résultats obtenus.
- L'exercice de reddition de comptes doit animer une culture d'harmonisation des objectifs et de rétroaction sur les résultats dans une recherche d'amélioration continue. L'autoritarisme et le contrôle de l'application rigide et uniforme de politiques édictées centralement sont à éviter.

Dans ce contexte, l'Agence propose que l'obligation de rendre des comptes s'inscrive dans une approche visant à nourrir l'émergence de solutions aidantes, de même que dans une collaboration ouverte et constructive de façon à :

- apprécier l'atteinte des résultats de même que les actions réalisées ;
- fournir un retour d'information pour améliorer les services.

Les actions de l'Agence porteront principalement sur :

- L'implantation du processus régional nécessaire à la reddition de comptes en lien avec les ententes de gestion.
- Le support aux établissements dans l'alimentation des indicateurs de performance ainsi que dans l'analyse des résultats aux différentes périodes de l'année.

- Le support à l'implantation des applications informatiques développées dans le cadre de la reddition de comptes sur les ententes de gestion.

- Le support dans l'utilisation des systèmes d'information clientèles et les applications informatiques nécessaires à la reddition de comptes sur les ententes de gestion.

- La participation à la révision et à l'amélioration du processus provincial et des indicateurs de performance associés à la reddition de comptes sur les ententes de gestion ; la préoccupation est d'améliorer les méthodes de compilation et les données elles-mêmes, à partir de critères discriminants convenus avec les établissements et qui tiennent compte de la réalité de chaque programme-services dans sa globalité.

- Le réinvestissement de l'information provenant de la reddition de comptes aux fins d'amélioration des services et de la gestion.

- La conduite d'études particulières visant à répondre à des problèmes ou à des questions soulevées par les processus de reddition de comptes.

Il est attendu des instances locales et des établissements à mission régionale :

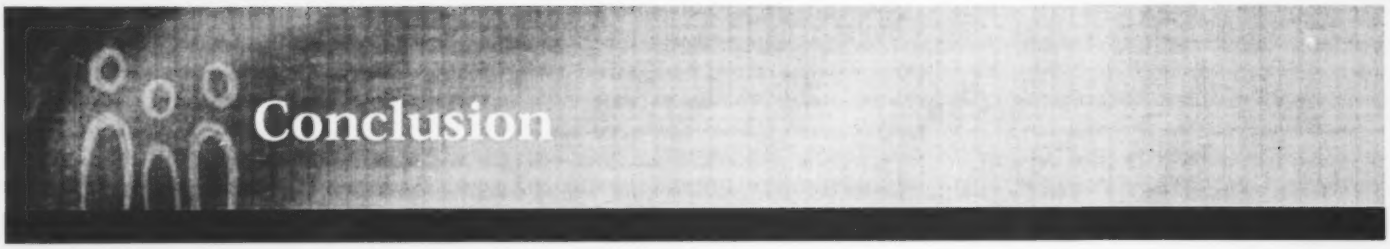
- Une collaboration pleine et entière au processus de reddition de comptes sur les ententes de gestion.

- Une alimentation des indicateurs à partir de données de qualité.

- Un respect des échéances et de la périodicité de la collecte de données.

- Un investissement adéquat en matière de ressources humaines et à l'égard des systèmes d'information supportant la reddition de comptes.

- Une contribution pour expliquer les écarts par rapport aux résultats attendus.



Conclusion

La proposition qui vient d'être présentée est le fruit des travaux menés par l'Agence au cours des derniers mois ainsi que des consultations qu'elle a effectuées. Il est d'ailleurs pertinent de donner quelques précisions sur le processus de consultation qui a eu cours du 19 février au 24 mars 2004, question d'apprécier le soutien accordé dans la région à la présente proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.

Ainsi, après avoir mené plusieurs sessions de travail avec les directions générales d'établissements, après avoir tenu trois séances d'information à l'intention des administrateurs, des équipes de direction et de professionnels des établissements de la région, après avoir diffusé sa proposition à plus de 1 200 exemplaires auprès de quelque 450 établissements, organismes, élus, professionnels et médecins, après avoir procédé à 11 parutions d'avis publics dans 7 hebdos et dans le quotidien Le Nouvelliste, après avoir déposé tout le matériel pertinent sur son site Internet et après avoir offert la possibilité aux citoyens d'obtenir de l'information ou d'émettre leurs opinions via une ligne téléphonique 1 866 RÉSEAUX ou via son site Internet, l'Agence a reçu 67 avis écrits. Ces avis proviennent des établissements, de comités des usagers, d'organismes communautaires, municipaux et socioéconomiques, de syndicats régionaux et locaux, de trois facultés de médecine, de conseils consultatifs d'établissements, de tables médicales territoriales et de citoyens. Le nombre relativement faible d'avis, par rapport à ce qui a été observé lors d'exercices régionaux comparables menés par l'Agence au cours des dernières années, s'explique principalement par le niveau élevé d'adhésion à la proposition traitant du découpage de la région en territoires de réseaux locaux et de la fusion des établissements pour constituer les instances locales. Conséquemment, peu de débats ont suscité une mobilisation particulière de la population ou des organisations de la région. Par ailleurs, très peu de commentaires négatifs ont été adressés à l'Agence quant aux modalités ou aux délais de consultation.

En plus de révéler un taux d'accord élevé, cette consultation a permis de bonifier le contenu de la proposition, en apportant des précisions ou en levant des ambiguïtés en lien avec le modèle proposé ou sa mise en œuvre. Par ailleurs, d'autres suggestions acheminées à l'occasion de cette consultation seront réinvesties ultérieurement, dans le cadre d'exercices de planification stratégique régionale ou autrement.

Bref, l'Agence de santé et de services sociaux franchit cette première étape du grand processus menant à la mise en place de réseaux locaux de services, en présentant au ministre ce qu'elle estime être la proposition de modèle d'organisation la plus adéquate à ce moment-ci de l'évolution de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il s'agit d'une proposition qui génère un haut degré d'adhésion et dont la faisabilité à court et moyen terme apparaît raisonnablement élevé. L'Agence espère donc que le ministre et le gouvernement l'accepteront, après quoi il sera possible d'entamer sa mise en œuvre.

En terminant, l'Agence de santé et de services sociaux tient à remercier toutes celles et tous ceux qui ont pris la peine de s'investir dans la compréhension, l'analyse et l'amélioration de cette proposition. Il s'agit là d'un gage de succès pour les étapes à venir et pour la réalisation de ce projet d'intégration des services au bénéfice de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Annexe 1

Présentation de concepts de référence

Les chapitres 4 et 5 font état des balises et attentes à l'endroit des réseaux locaux de services, des instances locales et des établissements à mission régionale. À plusieurs reprises, on y fait référence à des concepts qu'il nous apparaît pertinent de décrire brièvement. La compréhension du texte en sera d'autant facilitée.

PROGRAMMES-SERVICES

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, un **programme** est un regroupement de services et d'activités. Il existe deux types de programme : les programmes-services et les programmes-soutien.

- Un **programme-services** désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

- Un **programme-soutien** désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

Les services de santé et les services sociaux offerts à la population sont regroupés autour de 9 programmes :

- Les *programmes-services* répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la **population** :
  - Santé publique ;
  - Services généraux – activités cliniques et d'aide.

- Les *programmes-services* répondant à des **problématiques particulières.** Ce n'est pas le type de clients (les personnes âgées, les jeunes, etc.) qui détermine l'appartenance à un programme, mais plutôt le profil de besoins lié à une problématique particulière : la perte d'autonomie, les problèmes d'adaptation, etc. Ces programmes-services sont :
  - Perte d'autonomie liée au vieillissement ;
  - Déficience physique ;
  - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement ;
  - Jeunes en difficulté
  - Dépendances ;
  - Santé mentale ;
  - Santé physique.

- Quant aux programmes-soutien, ils regroupent les activités qui viennent appuyer les programmes-services. Ce sont :
  - Administration et soutien aux services.
  - Gestion des bâtiments et des équipements.

NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES

Le modèle d'organisation des services est construit autour de trois niveaux d'accès qui concernent les services et les ressources et qui répondent à des besoins distincts.

Les services de première ligne

Le premier niveau d'accès est celui des services de première ligne qui sont destinés à l'ensemble de la population et à des clientèles ayant des besoins particuliers. Cet accès est généralement direct et les conditions qui permettent le recours à ces services sont faciles, prévi-

sibles, clairement identifiées et connues des usagers. Ces services visent à répondre à des problématiques de santé ou à des problématiques sociales usuelles et variées. Ceux-ci doivent être disponibles près du milieu de vie des personnes.

Les intervenants de première ligne possèdent des compétences professionnelles générales et diversifiées. Les services de première ligne s'appuient également sur des infrastructures et des technologies légères. Ces services correspondent aux services généraux qui s'adressent à toute la population (ex. : services de prévention, services infirmiers ou psychosociaux et Info-Santé) et aux services spécifiques qui s'adressent à des clientèles vulnérables et particulières, on pense notamment aux services de soutien à domicile.

Les services de deuxième ligne

Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne qui agissent en soutien à ceux de première ligne. Sauf exception, ces services requièrent une référence pour y accéder. Ils font référence à des services permettant de résoudre des problèmes de santé et des problématiques sociales complexes, mais répandues.

Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées en masses critiques. Ces services s'appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, toutefois courante. Les services de deuxième ligne font souvent référence aux **services spécialisés.**

De plus, **certains services médicaux spécialisés et d'autres services sociaux et de réadaptation spécialisés** devront être rendus disponibles le plus près possible du milieu de vie des individus. Cette déconcentration des services pourra se réaliser si des masses critiques, favorisant une bonne pratique professionnelle, sont suffisantes et si les standards de qualité sont respectés, et ce, à des coûts raisonnables.

Les services de troisième ligne

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveaux, est celui des services de troisième ligne. Ces derniers sont offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d'endroits et accessibles habituellement sur référence. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problématiques sociales très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible.

Ils requièrent des intervenants très spécialisés ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. Ces services s'appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiqués et rares, qui ne peuvent pas être disponibles partout. Les services de troisième ligne correspondent généralement aux **services surspécialisés.**

HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Le document ministériel *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier et caractéristiques des établissements selon leur catégorie* (Direction générale des affaires médicales et universitaires, 26 septembre 2003) sert de cadre de référence à la hiérarchisation dans le domaine médical et hospitalier. Il avance ce qui suit :

« Le secteur de la santé (...) se distingue par le fait qu'il regroupe des services ou des soins de santé tantôt à proximité, tantôt spécialisés ou surspécialisés qui sont suffisamment complexes pour nécessiter l'existence d'une équipe ayant des compétences et des connaissances particulières ou encore qui oblige l'accessibilité à un plateau technique plus ou moins élaboré. Dans le contexte actuel, ces services sont disponibles principalement dans des établissements ayant une mission hospitalière (centres hospitaliers locaux et régionaux).

Tous ces centres ont un même but : offrir à la population des soins et des services de santé sécuritaires et de qualité. Tous sont des éléments importants pour le fonctionnement du réseau de la santé à la condition qu'ils se complètent et travaillent dans la même continuité. D'où l'importance de définir leurs principales caractéristiques et les missions particulières qui encadreront leurs activités. Ainsi, les rôles de chacun seront mieux définis, complémentaires, en continuité et sans dédoublement. Cette hiérarchisation des centres favorisera leur intégration au sein du réseau. »

« Dans la suite logique de la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), trois

sortes de mission sont retenues pour ce type d'établissements (NDLR : les centres hospitaliers) : des missions suprarégionales, régionales et locales.

***La mission suprarégionale** se caractérise par une offre de services majoritairement de soins ultraspécialisés, où il se fait de l'enseignement surspécialisé et spécialisé ; une direction de programme universitaire, un centre de recherche avec chercheurs de carrière et un lieu d'évaluation de nouvelles technologies.*

***La mission régionale** se définit par une offre de services principalement spécialisés, où il se fait de l'enseignement de base et spécialisé et des activités de recherche.*

***La mission locale**, quant à elle, s'exprime par une offre de services de soins généraux de proximité occasionnellement spécialisés et où il se fait de l'enseignement de base. »*

« (...) Les centres régionaux devraient avoir deux missions, soit la mission locale et régionale. Les centres de proximité devraient quant à eux avoir principalement la mission locale. Toutefois, par exception, un centre avec mission locale pourrait se voir attribuer une mission régionale dans un domaine particulier. De même, un centre à vocation régionale pourrait se voir reconnaître une ou quelques missions suprarégionales. »

Il est raisonnable de penser que cette présentation de la hiérarchisation des services dans le monde hospitalier de santé physique et de santé mentale puisse trouver son application dans d'autres secteurs, notamment celui de la réadaptation physique.

Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Processus d'information et de consultation sur la proposition de modèle régional d'organisation des services*, Trois-Rivières, 2004.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN- ÊTRE DU QUÉBEC. *L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux*, Québec, septembre 2003.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, Québec, 3 février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier et caractéristiques des établissements selon leur catégorie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, Québec, Gouvernement du Québec, 26 septembre 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, Québec, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Politique régionale visant à favoriser l'accessibilité dans leur langue aux personnes d'expression anglaise*, Trois-Rivières, mars 1998.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs : Décisions 1996*, Trois-Rivières, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré*, Trois-Rivières, 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006*, Trois-Rivières, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Un comité des usagers en établissement de santé et de services sociaux : un pour tous !*, Trois-Rivières. 2003.